

RITA MANUELA DE ALMEIDA BARROS

**OS RISCOS NO
DESENVOLVIMENTO:**
INCURSÕES PELA PSICOPATOLOGIA
INFANTIL



PORTO 1998



Dissertação de Mestrado em Psicologia - especialidade de Psicologia e Saúde -
apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do
Porto, sob orientação do Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro

UNIVERSIDADE DO PORTO
Faculdade de Psicologia
e de Ciências da Educação
N.º de Entrada 11394
Data 14/03/08

AGRADECIMENTOS

Deixamos aqui expressos os agradecimentos a todas as pessoas e instituições que permitiram a realização deste trabalho e em particular:

- Ao Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, pela orientação desta tese, pela ajuda prestada no tratamento estatístico dos dados e pelo encorajamento nos momentos de desânimo.

- Ao Conselho de Administração do Hospital de S. Teotónio de Viseu, pela permissão de recolha de dados junto dos utentes e pela concretização do trabalho de campo efectuado.

- Ao Conselho Directivo da Escola Básica Integrada de S. Pedro do Sul, pela permissão da recolha de dados junto dos alunos e professores.

- Ao Director do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e à Equipa de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital de S. Teotónio de Viseu, pela colaboração imediata, pela amabilidade com que sempre me trataram e pelo facilitar da acessibilidade aos utentes do Hospital.

- Ao Professor Doutor Carlos Subtil, pela simpatia, amabilidade e prontidão com que me cedeu o material de trabalho que solicitei.

- Aos meus pais pela confiança depositada.

- Ao Ginny, pelo apoio incondicional dado nos momentos mais difíceis, pelo incentivo permanente e pelas palavras de conforto e desafio, sempre presentes.

- A todas as crianças, pais e professores, que se mostraram disponíveis para prestar prontamente a sua colaboração e sem os quais este trabalho não teria sido possível.

RESUMO

Tendo como referencial o macroparadigma da Psicopatologia Desenvolvidamental, este trabalho centrou-se nas questões relativas aos riscos psico-sociais e seu impacto no desenvolvimento infantil. Foi abordada a noção de resiliência, factores de risco/protecção e mecanismos de vulnerabilidade/protecção. Focou-se de forma particular os factores de risco/protecção mais frequentemente abordados na literatura. O principal objectivo deste trabalho consistiu em analisar o funcionamento dos referidos factores, quer no aparecimento e manutenção da psicopatologia, quer na promoção do desenvolvimento saudável. Numa primeira fase, foi nosso intuito saber quais as variáveis definidas (intra-individuais, associadas aos contextos familiar e escolar e à adversidade contextual) que diferenciavam os dois grupos de crianças, com e sem psicopatologia. Seguidamente, averiguámos como se relacionavam entre si e com a natureza da psicopatologia, as variáveis que diferenciaram os dois grupos, nas crianças que apresentavam psicopatologia. Para tal, foi realizado um estudo exploratório, de carácter comparativo-correlacional. Os resultados indicam que a maior parte das variáveis intrínsecas à criança (relacionadas com a capacidade de raciocínio não verbal, auto-estima e competências sociais), associadas à família (coesão e adaptabilidade familiar), associadas ao funcionamento da criança no contexto escolar e ainda as variáveis relativas aos acontecimentos de vida stressantes, diferenciam claramente os dois grupos. Foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre as variáveis atrás citadas e entre estas e a natureza da psicopatologia, no grupo de crianças com psicopatologia. Encontraram-se igualmente correlações significativas entre a escala de competências sociais e suas sub-escalas e ainda entre a escala de problemas de comportamento e respectivas sub-escalas. O estudo sugere investigações futuras, preferencialmente de carácter longitudinal.

RÉSUMÉ

Ayant comme référence le macroparadigme de Psychopathologie Développementale, ce travail s'est centré aux questions relatives aux risques psychosociaux et leur impact dans le développement infantile. On a fait un abordage de la notion de résilience, facteurs de risque/protection les plus fréquemment abordés en littérature. Le principal objectif de ce travail a consisté d'une analyse du fonctionnement des facteurs rapportés, soit dans l'apparition et manutention de la psychopathologie, soit dans la promotion du développement salutaire. Dans une première phase, a été notre intention savoir lesquelles les variables définies (intra-individuelles, associées aux contextes familiaux et scolaires et à l'adversité du contexte) qui différenciaient deux groupes d'enfants, les uns avec psychopathologie, les autres sans psychopathologie. Immédiatement, on a recherché comment ils se mettaient en rapport entre soi et avec la nature de la psychopathologie. Pour atteindre cela, a été réalisé un étude explorateur de caractère comparatif-de corrélation. Les résultats indiquent que la plupart des variables intrinsèques à l'enfant (relatives à la capacité de raisonnement non verbal, auto-estime et compétences sociales), associées à la famille (cohésion et adaptabilité familiale), associées au fonctionnement de l'enfant dans le contexte scolaire et, encore, les variables relatives aux événements d'une vie stressante, différentient, à découvert, les deux groupes. On a trouvé des corrélations statistiquement expressives entre les variables antérieurement citées et entre celles-ci et la nature de la psychopathologie. On trouve, par ailleurs, des corrélations expressives entre l'échelle de compétences sociales et ses sous-échelles et, encore, entre l'échelle de problèmes de conduite et respectives sous-échelles. L'étude suggère des recherches futures, préférablement de caractère longitudinal.

ABSTRACT

Having as reference the macroparadigm of Development Psychopathology, this work aims the issues concerned with the psychosocial risks and its impact in the children's development. The notion of resilience, risk/protection factors and vulnerability/protection mechanisms, was considered. The risk/protection factors more insistently referred on the literature were particularly focussed. The main aim of this work consisted on studying the behavior of those risks not only in the appearing and maintaining of the psychopathology but also in the promotion of an healthy development. At first we tried to know which were the variables (intra-individual, associated with the familiar and school backgrounds and with the contextual adversity that differentiated two groups of children, with and without psychopathology. Then we observed in those with psychopathology how they related with each other, the nature of their psychopathology and the variables that diferenciaded the two groups. Therefore, an exploratory study of a comparative-correlative nature was achieved. The results show that the children's inherent variables (related with non-verbal ability, self-esteem and social competence), linked with the family (family cohesion and adaptability), linked with the children's behavior at school and also with the variables resulting from a stressing life, make these two groups clearly different. Statistically significative correlations between the above referred and between these and the nature of the psychopathology were found. The same happened between the scale of social competences and its subscales and also between those scales of behavior problems and its subscales. This study requires further investigation, preferentially of a longitudinal nature.

ÍNDICE

Parte I

A. Psicopatologia do Desenvolvimento

1	Introdução	14
2	O que é a psicopatologia de desenvolvimento?	16
3	Do desenvolvimento normal ao desenvolvimento psicopatológico	21
4	A abordagem Tradicional e a abordagem Desenvolvimental da Psicopatologia.	26
5	Clarificação de conceitos desenvolvimentais na compreensão da psicopatologia.	30
5.1	O conceito de Plasticidade	30
5.2	Os conceitos de Equifinalidade e Multifinalidade	33
6	A Psicopatologia do Desenvolvimento ao longo do Ciclo Vital.	34
6.1	O Desenvolvimento no Ciclo Vital	34
6.2	A Psicopatologia ao longo do Ciclo Vital	38
7	Perspectiva histórica da Psicopatologia do Desenvolvimento e das abordagens teóricas da psicopatologia	40
7.1	Um breve olhar sobre o presente	40
7.2	Contribuições históricas para o aparecimento da Psicopatologia do Desenvolvimento	41
7.2.1	A Teoria Desenvolvimental Organísmica de Werner	42
7.2.2	As Teorias Psicanalíticas do Desenvolvimento	44
7.2.2.1	A Teoria Freudiana	44
7.2.2.2	A Contribuição de J. Bowlby	45
7.2.2.3	A Contribuição de M. Mahler	46
7.2.2.4	A Contribuição de A. Freud	46
7.2.3	A Teoria do Desenvolvimento Cognitivo de Piaget	47
7.2.4	A contribuição da Teoria da Aprendizagem Social	50
7.2.5	A Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de E. Erikson	51
7.2.6	A contribuição da Abordagem Psicobiológica de Adolf Meyer e os estudos de Lee Robin	51
8	Modelo de Avaliação na Psicopatologia do Desenvolvimento	54
8.1	O modelo de avaliação	54
8.2	Síndromes identificados através de análises multivariadas	60

9	Directizes para a Intervenção	66
10	Uma Perspectiva sobre o Futuro da Psicopatologia do Desenvolvimento	69

B. Risco e Protecção no Desenvolvimento

1	Introdução	73
2	O(s) Risco(s)	76
2.1	Alguns aspectos relacionados com a conceptualização do risco	76
2.2	Reflexões históricas sobre a investigação acerca do risco no desenvolvimento	81
2.2.1	A investigação dos anos 20 aos anos 40	82
2.2.2	A investigação nos anos 50 e 60	83
2.2.3	A investigação nos anos 70	84
2.2.4	A investigação nas duas últimas décadas	86
3	A Resiliência e os Mecanismos de protecção	88
3.1	O que é a resiliência?	88
3.2	A popularidade do constructo e as limitações associadas	92
3.3	A operacionalização do conceito de resiliência	93
3.4	O International Resilience Project	96
3.5	Resiliência e Saúde	99
3.6	Os factores Protectores	101
3.6.1	Aspectos Gerais	102
3.6.2	Os factores intrínsecos ao indivíduo	105
3.6.3	Os factores associados à família	106
3.6.4	Os factores associados à comunidade	106
3.7	Processos de vulnerabilidade e protecção	108
3.8	O Kawai Longitudinal Study	111
4	Auto-conceito: Risco / Protecção	116
5	Inteligência: Risco / Protecção	122
6	O papel das expectativas positivas acerca do futuro	127
7	Vinculação: Risco / Protecção	129
8	Família: Risco / Protecção	143

8.1	Características / funcionamentos familiares e psicopatologia parental - suas interrelações e impactos no desenvolvimento	145
8.2	Protecção e vulnerabilidade em famílias divorciadas ou com novos casamentos: O Virginia Longitudinal Study of Divorce and Remarriage	155
8.3	O papel das práticas educativas parentais no desenvolvimento infantil, em diferentes contextos	158
9	Escola: Risco / Protecção	164

PARTE II

Investigação

1	Introdução	168
2	Objectivos	170
2.1	Objectivos Gerais	170
2.2	Objectivos específicos decorrentes do primeiro objectivo geral	171
3	Metodologia	177
3.1	Tipo de Estudo	177
3.2	População e Amostra	179
3.3	Instrumentos	186
3.3.1	CBCL - Child Behavior Checklist	186
3.3.2	Escala de Auto-Conceito de Susan Harter (Self Perception Profile)	192
3.3.3	Matrizes Coloridas Progressivas de Raven (MCPR)	194
3.3.4	Escala de Coesão e Adaptabilidade Familiar FACES II	197
3.3.5	Escala de Acontecimentos de Vida	201
3.3.6	Questionário aos Professores	202
3.4	Procedimentos	205
4	Resultados	208
4.1	Resultados referentes ao primeiro objectivo geral e respectivos objectivos específicos	208
4.2	Resultados referentes ao segundo e terceiro objectivos gerais	219
5	Discussão dos resultados	244

Bibliografia

Anexos

PARTE I

A. PSICOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO

A nossa curiosidade pela problemática em questão e a parca literatura publicada no âmbito nacional fizeram com que este trabalho, ambicioso, mas limitado à partida, fosse avante. Espera-se que, através do seu contributo sejam, futuramente, levantadas questões e que pelo seu carácter também exploratório, dê lugar a futuras investigações, porventura mais específicas e aprofundadas, que contribuam para a compreensão e intervenção neste fenómeno, um terreno ainda com muitas áreas de interesse por analisar. Dois focos de interesse conduziram o nosso trabalho. Por um lado, as questões ligadas ao desenvolvimento e por outro, os aspectos relacionados com a saúde e com as doenças. "... a saúde tornou-se um factor decisivo, e um domínio fundamental no desenvolvimento humano. Com efeito, a saúde: a) acompanha o desenvolvimento humano do nascimento até à morte; b) é, quer variável dependente do desenvolvimento pessoal, quer variável independente; c) está estritamente relacionada com o comportamento humano; d) as principais causas de mortalidade e morbilidade a partir da metade do século são, essencialmente de etiologia comportamental" (Ribeiro, 1996, p.178) Foi nossa preocupação contribuir para a manutenção da ponte entre estes dois domínios, segundo a nossa perspectiva indissociáveis e, tendo por base este pano de fundo, colocar questões que achámos pertinentes.

A emergência do macroparadigma da psicopatologia desenvolvimental contribuiu para o processo de alicerçamento teórico de um enorme conjunto de investigações,

enquadrando-as num referencial multidisciplinar, dinâmico e interactivo e, sobretudo, globalizante e integrado. É neste grande macroparadigma que encontramos as directrizes que conduziram conceptualmente todo este trabalho.

Para a sua fundamentação teórica, delineamos a secção A do presente trabalho, na qual partimos de questões mais abrangentes para depois nos centrarmos nos aspectos mais específicos que serão abordados na secção B, de forma mais particular.

A secção A aborda a psicopatologia desenvolvimental, enquanto referencial teórico, a partir do qual todo o restante trabalho adquire sentido.

Na secção B, focar-nos-emos nas questões relativas aos factores de risco para o desenvolvimento saudável, os processos através dos quais operam, a noção de resiliência e as suas ligações à saúde, em geral, e à Psicologia da Saúde, em particular. Esta secção centra-se igualmente nalguns aspectos que mais frequentemente são referenciados na literatura subordinada ao tema e que, dependendo de uma série de circunstâncias, funcionam como factores de risco ou como protecção para o desenvolvimento saudável. Abordaremos particularmente os aspectos da inteligência, auto-conceito, vinculação, família e escola.

A segunda parte do trabalho consiste na apresentação da investigação que foi levada a cabo. Nela serão explicitado os objectivos da investigação e as questões relacionadas com a metodologia utilizada. Dedicamos também esta segunda parte ao tratamento de dados recolhidos, à discussão dos resultados encontrados e de uma conclusão para todo o trabalho efectuado.

PARTE A

1. INTRODUÇÃO

A investigação na área da psicopatologia infantil tem feito esforços no sentido de tornar mais inteligíveis os processos subjacentes ao aparecimento dos distúrbios e sintomatologia psicopatológica, ao longo do desenvolvimento.

Neste contexto, campo da psicopatologia do desenvolvimento tem-se focado, especialmente nas duas últimas décadas, na descrição/compreensão da etiologia e evolução dos diferentes distúrbios psicopatológicos.

O crescente interesse da comunidade científica pelas populações de alto-risco, pelos factores de vulnerabilidade e de risco para o desenvolvimento saudável, assim como pelos factores protectores do desenvolvimento e resiliência, tem-se reflectido num enorme incremento da literatura subjacente a estas temáticas.

Este trabalho pretende, com o mesmo entusiasmo, reflectir acerca do risco psicossocial e da resiliência, no âmbito da psicopatologia do desenvolvimento, tendo a preocupação de alertar para a necessidade do conhecimento da realidade no nosso país. A escassez de literatura e de projectos de investigação no contexto português constitui então mais uma razão para a concretização de um trabalho desta natureza. Existem também motivações intrínsecas que constituíram o motor de arranque deste

trabalho. De facto, da intervenção e da prática clínica que desenvolvemos junto de crianças com distúrbios psicopatológicos, surgem questões que se prendem com a optimização da intervenção clínica e com a compreensão da realidade intra e interpessoal em que surge a psicopatologia infantil. Este trabalho pretende, em última instância, contribuir de forma prática e concreta para a adequação da nossa intervenção clínica a partir das reflexões e da análise conceptual, que se pretende o mais clara possível. Perspectivar a realidade que é objecto de estudo, à luz dos conhecimentos aqui salientados, poderá futuramente dar lugar à delineação de projectos de prevenção da psicopatologia infantil. Para tal, é necessário um grande trabalho de avaliação dos recursos internos e externos do sujeito, no sentido de eliminar ou atenuar os factores de risco que tornam a criança mais vulnerável à psicopatologia, ao mesmo tempo que se incentiva a resiliência pela promoção dos factores que protegem a criança das adversidades e dos riscos.

2. O QUE É A PSICOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO?

A psicopatologia do desenvolvimento constitui o referencial epistemológico em que se alicerça este trabalho e pode ser perspectivada como uma abordagem globalizante para a compreensão das relações entre o desenvolvimento e os seus desvios desadaptativos. Sroufe e Rutter (1984, p.18) definem-na como “ *the study of the origins and course of individual patterns of behavioral maladaptation*”. Não se trata de uma teoria explicativa acerca de um determinado objecto de estudo. A Psicopatologia do Desenvolvimento é, antes de mais, um macroparadigma integrador de diferentes abordagens acerca do mesmo fenómeno e acerca de questões comuns.

A abordagem desenvolvimental para a compreensão da psicopatologia foca-se nas relações entre o desenvolvimento e os seus desvios e não se baseia numa única teoria ou modelo explicativo particular. Nenhuma teoria por si só pode aceitar o desafio a que se propõe a psicopatologia do desenvolvimento, na medida em que, as

variações ao longo do desenvolvimento e os resultados psicopatológicos associados, envolvem grupos de variáveis de natureza diversa, que adquirem maior ou menor relevância, de acordo com o nível desenvolvimental do indivíduo. Sendo assim, as contribuições de diferentes teorias e métodos subjacentes à psicopatologia do desenvolvimento tornam-se pertinentes e mesmo imprescindíveis na compreensão da relação entre desenvolvimento e psicopatologia. Todas estas teorias podem ser agrupadas, noutro nível conceptual, em microparadigmas. Os microparadigmas biomédico, comportamental, cognitivo ou psicodinâmico, entre outros, abarcam largos domínios de conhecimento mas lidam apenas com facetas do fenómeno relevante para a psicopatologia do desenvolvimento. Todos eles fornecem uma perspectiva preciosa mas, simultaneamente limitada da realidade que se pretende conhecer. A sua integração no macroparadigma da psicopatologia do desenvolvimento, incrementa as potencialidades das suas contribuições, ao relacioná-las com um campo mais holístico e unificador de questões e conceitos. A psicopatologia do desenvolvimento reclama para si um tipo de abordagem multidisciplinar, multi-contextual e multi-cultural da realidade desenvolvimental, ao longo do ciclo de vida. Ao explicitar potenciais relações entre diversas abordagens, variáveis e níveis de análise, permite o estudo multifacetado de um fenómeno intrinsecamente complexo, dinâmico e interactivo. Isto significa que, ao adoptarmos este macroparadigma, temos a oportunidade de perspectivar o fenómeno ontogenético, típico e atípico, micro e macroscopicamente, integrando num todo conceptual as influências genéticas, bioquímicas, biológicas, psicológicas, cognitivas, sociais, emocionais, representacionais e contextuais. Falamos na ontogénese típica e atípica pois o estudo da psicopatologia do desenvolvimento combina dois focus de interesse. Richters & Cicchetti (1993, p.2), num editorial da revista "Development and Psychopathology" escreviam: *"The impetus for this special*

issue of Development and Psychopathology lies in our conviction that the principles of developmental psychopathology provide a much needed conceptual scaffolding for the facilitation of this integration”.

Por um lado temos as questões do desenvolvimento e por outro, a componente psicopatológica. Mas mais do que esta simples combinação, a psicopatologia do desenvolvimento estuda as mudanças e o desenvolvimento nos processos e comportamentos psicopatológicos e portanto, desadaptativos. Podemos dizer que a perspectiva desenvolvimental introduz a questão das transformações e da mudança e a perspectiva psicopatológica introduz o conceito de diferença individual e com ele uma multiplicidade de possíveis processos e resultados desenvolvimentais.

“The task for developmental psychologist should be both the acquisition of facts, and the integration of such facts with existing data within more circumscribed areas of psychopathology, with the intent of forming hypotheses as to the possible lawful relationships that can bring coherence and an enhanced understanding of these areas of personality maldevelopment” (Rutter & Garnezy, 1983, p. 870). Com base nesta meta, e como poderemos verificar ao longo deste trabalho, definem-se os seguintes componentes do estudo da psicopatologia do desenvolvimento:

- Investigação na área do desenvolvimento normativo, para a determinação da prevalência das diferentes problemáticas inerentes ao desenvolvimento, na população em geral e em cada nível etário.
- Identificação de variáveis que discriminem os indivíduos considerados normais dos indivíduos considerados perturbados, que necessitem de ajuda profissional, para cada nível etário.
- Identificação de constelações sintomáticas que exijam ajuda profissional, em cada nível etário.

- Investigação longitudinal, retrospectiva e principalmente prospectiva, para o estudo das relações entre as características evidentes num determinado período de desenvolvimento e os resultados, favoráveis/funcionais ou desfavoráveis/disfuncionais, dessas mesmas características, ao longo do processo desenvolvimental.

Torna-se necessário compreender os padrões individuais de adaptação, no que diz respeito aos aspectos característicos de um determinado período de desenvolvimento, e por outro lado, clarificar as transacções entre adaptação ou disfuncionalidade precoce, a mudança maturacional e as mudanças contextuais que ocorrem.

O padrão individual de adaptação ou de disfuncionalidade adquire uma relevância inquestionável. O interesse pelos padrões não patológicos da infância que resultam no posterior aparecimento de patologia e pelos padrões disfuncionais da infância que não se declaram na vida adulta, traduziu-se no levantamento de questões e de estudos que dão todo o sentido à emergência da psicopatologia do desenvolvimento. De facto, apesar da variedade e gravidade dos distúrbios infantis serem importantes preditores do desenvolvimento futuro, é relevante verificar que só algumas dessas crianças apresentam distúrbios psicopatológicos, da mesma natureza ou não, quando chegam à idade adulta. Da mesma forma, só alguns adultos com distúrbios psicopatológicos têm um historial de disfuncionalidade, contínua ou pontual, ao longo da progressão do desenvolvimento. Então, neste quadro de interrogações, *"This task of predictability, now more broadly defined as understanding the changing manifestations of patterns of adaptation (or maladaptation) over time and the links between patterns of adaptation across time, remains a central task for the field of developmental psychopathology"* (Sroufe & Rutter, 1984, p.18). Esta ideia de

predictibilidade vai no sentido do princípio da física quântica de Heisenberg, segundo o qual a predição ao longo do tempo é limitada na ciência em geral, e está de acordo com a asserção de Lewis, quando afirma que "...prediction of development psychopathology must be difficult if not impossible" (Lewis, 1990, p.38). Assim, se a previsão histórica do desenvolvimento é impossível, a compreensão das diferenças individuais em relação aos mesmos acontecimentos ou às crenças acerca desses acontecimentos históricos torna-se imperativa.

Apesar do objectivo de prever a psicopatologia e os processos a ela inerentes, a partir do comportamento precoce, constituir uma meta, não há grandes razões para acreditar que o estudo da psicopatologia do desenvolvimento dependerá do sucesso em alcançá-la. *"The question arises then as to whether prediction is necessary for the study of developmental psychopathology"* (Lewis, 1990, p.37). Voltaremos a esta questão acerca da predictibilidade relativa ao desenvolvimento quando abordarmos a psicopatologia na perspectiva do ciclo vital.

3. DO DESENVOLVIMENTO NORMAL AO DESENVOLVIMENTO PSICOPATOLÓGICO

A investigação na área da psicopatologia do desenvolvimento informa os processos normais do desenvolvimento da mesma maneira que a investigação no âmbito do desenvolvimento normativo informa os processos psicopatológicos. Assim, “o patológico converte-se numa espécie de lente que aumenta ou exagera o normal, permitindo compreendê-lo” (Cicchetti, 1984; citado por Joyce-Moniz, 1993, p.4). Estas asserções tornam-se possíveis pela inclusão da componente desenvolvimental na compreensão da psicopatologia. Trata-se de uma componente que, antes de mais, faz transparecer a preocupação central com a evolução geral do desenvolvimento biopsicossocial, com todas as mudanças que têm lugar ao longo da progressão desenvolvimental, com os mecanismos e processos responsáveis pelas transições do desenvolvimento e ainda com as implicações que estas transições originam. Tornar inteligível o desenvolvimento psicopatológico implica, nesta perspectiva, referenciá-lo à história desenvolvimental do indivíduo, às tarefas do desenvolvimento com que se depara e às competências para as concretizar. *“A developmental approach to*

psychopathology views maladaptive behavior in relation to developmental tasks, processes, and sequences" (Achenbach, 1992, p.629). Como já vimos, a Psicopatologia do Desenvolvimento tem como pressuposto de base a aplicação das abordagens desenvolvimentais à compreensão das diferenças individuais do funcionamento desadaptado. Falamos, obviamente, de abordagens de natureza interactiva, em que o indivíduo e o ambiente são activos e interagem entre si, sendo igualmente responsáveis pelo delinear da trajectória desenvolvimental, isto é, pelo percurso do desenvolvimento do sujeito, ao longo do seu ciclo vital. *"These interactive models, take many forms, varying from the interactional approach of Lewis (Lewis, 1972; Lewis & Feiring; in press) to the transactional models of Sameroff and Chandler (1975)"* (Lewis, 1990, p.16).

Ao trabalhar com os contributos de diferentes disciplinas (que abordam áreas desde a maturação biológica, desenvolvimento cognitivo, social, etc.), a psicopatologia do desenvolvimento tem vindo, simultaneamente, a salientar a importância dos estudos com populações de alto-risco ou mesmo populações que já apresentam distúrbios psicopatológicos, na elucidação dos princípios básicos das teorias orgánicas do desenvolvimento. *"Until recently there has been less recognition that the investigation of risk and psychopathological conditions can affirm, expand and challenge extend developmental theory"* (Cicchetti, 1993, p.447).

Referenciamos as populações de alto-risco e as populações com psicopatologia, no sentido de deixar clara a ideia de que a organização desviante do desenvolvimento em populações atípicas dá-nos a oportunidade de investigar as convergências e divergências entre os diversos domínios ontogénicos, tarefa esta impossível só com o recurso a populações normativas.

A exequibilidade da identificação dos processos atípicos e potencialmente psicopatológicos do desenvolvimento faz com que seja necessário, em primeiro lugar, conhecer-se aquilo que é atípico ou normativo em cada nível de desenvolvimento. Segundo Rutter & Garnezy (Rutter & Garnezy, 1983), a questão chave da psicopatologia desenvolvimental é distinguir o normal do anormal. Para tal, muito têm contribuído os estudos no âmbito da Psicologia do Desenvolvimento (a par de outras abordagens desenvolvimentais), ao fornecerem dados normativos do desenvolvimento, obtidos a partir de grandes amostras representativas, estratificadas de acordo com determinadas variáveis demográficas e avaliadas com métodos próprios para cada nível de desenvolvimento. Note-se que a psicopatologia do desenvolvimento tenta estabelecer princípios universais para a compreensão das adaptações e mudanças que ocorrem ao longo do tempo, em diversos domínios ontogenéticos.

Torna-se assim clara mais uma importante tarefa da psicopatologia do desenvolvimento, que consiste precisamente na construção de uma ponte entre dois domínios de conhecimento e investigação, até há bem pouco tempo divorciados. Referimo-nos à investigação no âmbito do desenvolvimento normativo e à investigação referente aos distúrbios psicopatológicos. *"...developmental psychopathologists should be concerned with uncovering the origins and temporal course of disorders, their varying manifestations with development, their precursors and sequelae, and their relation to nondisordered patterns of behavior"* (Sroufe & Rutter, 1984, cit. por Cicchetti, 1993). Isto significa que o estabelecimento de uma grelha de leitura única para o normal e para o patológico, traz implicações a dois níveis de análise distintos:

- ligações ou dissociações entre os processos normal e patológico (como já referimos, a psicopatologia do desenvolvimento atende, simultaneamente a continuidade e descontinuidade entre o desenvolvimento normal e patológico);

- continuidade/descontinuidade entre as perturbações psicológicas da infância e do adulto (a psicopatologia do desenvolvimento recusa-se a limitar a explicação dos processos patológicos às vivências infantis, aceitando descontinuidades sintomáticas ou funcionais entre a infância e a idade adulta).

Apesar das especificidades da psicopatologia infantil, tal como Garber (1984; cit. por Joyce- Moniz, 1993), podemos distinguir quatro tipos de continuidade, no que respeita ao seu aparecimento:

- perturbações oriundas da infância e que persistem na idade adulta;
- perturbações que aparecem na infância, mas só raramente se prolongam na vida adulta;
- perturbações associadas à infância e adolescência, mas que também podem surgir na idade adulta;
- perturbações típicas de quadros nosológicos de idade adulta, mas que podem ter as suas origens na infância ou adolescência, se bem que com outras manifestações sintomáticas.

As relações entre um funcionamento adaptado na infância e adolescência e o subsequente aparecimento de psicopatologia, ou as relações inversas, não são muitas vezes simples nem directas. Mesmo quando o distúrbio da infância persiste na idade adulta, ou quando existem alterações nos padrões comportamentais que só mais tarde levam ao aparecimento de psicopatologia, esta continuidade não implica, obviamente, quaisquer isomorfismos comportamentais ou sintomáticos.

As ligações entre a adaptação prévia e o aparecimento posterior de distúrbio são, nesta perspectiva, muitas vezes indirectas, quando:

- determinados acontecimentos alteram as circunstâncias contextuais que, ao longo do tempo, levam ao aparecimento de psicopatologia;
- modificações nos estilos de *coping* ou na sensibilidade às situações de stress que, posteriormente, predis põem o indivíduo à patologia;
- a experiência altera o auto-conceito e as atitudes individuais que, por sua vez, influenciam a resposta a situações futuras;
- a experiência influencia o comportamento futuro, através dos efeitos na selecção de contextos e no lidar com as oportunidades e desafios.

Compreende-se agora mais facilmente o interesse da psicopatologia do desenvolvimento pelo interface entre o normal e o patológico.

É importante também referir uma área promissora na compreensão entre o desenvolvimento normal e o desenvolvimento psicopatológico, que diz respeito às investigações realizadas em contextos culturais diversos ("*cross-cultural*"). Pela avaliação das influências contextuais, que nestas investigações se salientam de forma evidente, são apontadas directrizes para a identificação, etiologia, evolução e consequências da normalidade e da psicopatologia. Trata-se de um tipo de investigação bastante desafiante, pois através dela "*We can learn which developmental stages, sequences, and structures are logically necessary and what alternate pathways of ontogenesis are possible*" (Cicchetti, 1993, p.779). A multiplicidade cultural permite, por um lado verificar aquilo que é constante, e por outro lado, compreender como variam as expressões psicopatológicas. No processo de relativização do patológico e na análise das suas incursões pela normalidade, esta área representa claramente uma inovação face às abordagens tradicionais da psicopatologia.

4. A ABORDAGEM TRADICIONAL E ABORDAGEM DESENVOLVIMENTAL DA PSICOPATOLOGIA

A abordagem tradicional da psicopatologia ocupa-se das discontinuidades entre o normal e o patológico, no sentido de criar categorias de diagnóstico, a nosso ver pouco sensíveis à dinâmica e mutação sistemática, características do processo de desenvolvimento. A constituição de entidades nosológicas estáticas põe em evidência os processos teleológicos de evolução unidireccional. Esta abordagem baseia-se claramente no modelo biomédico, de causalidade linear, que releva para segundo plano o processo de desenvolvimento. *"...in the absence of developmental conceptualization, one may focus on symptomatic continuity and fail to attend to*

age-specific manifestation of psychopathology.” (Cicchetti & Schneider-Rosen, 1986; Freud, 1965; Sroufe & Rutter, 1984, cit. por Cicchetti, 1993, p. 475). A amplitude do desvio entre o desenvolvimento normal e patológico é enorme, segundo o modelo biomédico, existindo mesmo estruturas biológicas ou funcionais para os processos patológicos, estruturas estas bem diferenciadas daqueles que estão implicados no desenvolvimento normal. A falha do modelo biomédico na compreensão da psicopatologia, prende-se com a minimização e desvalorização do papel dos factores psicológicos e sociais na etiologia dos distúrbio psicopatológicos, etiologia esta bastante mais complexa daquela que está na base das doenças de natureza infecto-contagiosas, às quais o modelo biomédico responde de forma eficaz. As noções etiológicas e nosológicas deste modelo quase que prescindem dos conhecimentos da Psicologia do Desenvolvimento e de outras abordagens desenvolvimentais. Segundo Sameroff (1989), existem três hipóteses etiológicas de base no campo da abordagem tradicional da psicopatologia:

- a mesma causa pode dar origem à mesma estrutura patológica, tanto no adulto como na criança;
- a mesma causa pode dar origem aos mesmos sintomas, tanto no adulto como na criança;
- distúrbios específicos da infância podem levar a distúrbios semelhantes no adulto;

Hoje sabe-se que a maior parte das psicopatologias identificadas têm etiologia multiderminada, apostando-se fortemente num modelo multicausal.

Outra limitação visível da abordagem tradicional relaciona-se com a não conceptualização do indivíduo como um sistema biológico, psicológico e social de

funcionamento integrado, que se desenvolve ao longo de sequências de desenvolvimento, que têm lugar em diferentes contextos nos quais o sujeito é influenciado, mas também sobre os quais tem a capacidade de remodelação. Problemas vários podem ter diferentes significados para o mesmo indivíduo, dependendo da sua natureza e do momento em que são experienciados. Assim, estudar a psicopatologia à margem de uma abordagem desenvolvimental, e segundo uma visão estática, é negar de imediato a capacidade imensa que o indivíduo tem, enquanto ser auto-poiético, construtor de significados para as suas experiências de vida e agente de mudança contextual. É não contemplar as relações que existem entre o indivíduo e os diferentes contextos em que opera, sejam os mais proximais ou os mais alargados. Convém sublinhar que o desenvolvimento resulta precisamente desta actividade do organismo, intrinsecamente relacional. O distúrbio psicopatológico, numa perspectiva desenvolvimental, resulta de um processo transaccional dinâmico no qual intervêm forças intra e extra-organísmicas.

O aparecimento da psicopatologia do desenvolvimento prende-se com a ineficácia explicativa e mesmo interventiva da abordagem tradicional. A nova abordagem, ao focar-se nas associações e dissociações entre o normal e o patológico, combina de forma exemplar as necessidades da abordagem tradicional da psicopatologia com os princípios gerais e unificadores do desenvolvimento, no sentido de explicar o aparecimento e evolução dos princípios psicopatológicos responsáveis pela descontinuidade no padrão de funcionamento normal. De igual forma, aglutina conceitos e metodologias de diferentes disciplinas, mas, "...a verdade é que, no essencial, a psicopatologia do desenvolvimento constitui-se nas interacções entre a Psicologia do Desenvolvimento [...] por um lado e, por outro, nas nosologias e processos etiológicos da psicopatologia tradicional" (Joyce-Moniz, 1993, p.5 e 6).

É evidente que as semelhanças entre a psicopatologia desenvolvimental, a psicologia do desenvolvimento, a psicologia clínica e a psiquiatria justificam-se porque

“In many ways, developmental psychopathology must integrate components from various disciplines. It is very integration that sets it apart as a unic approach”

(Cicchetti, 1993, p.475).

5. CLARIFICAÇÃO DE CONCEITOS DESENVOLVIMENTAIS NA COMPREENSÃO DA PSICOPATOLOGIA

5.1 CONCEITO DE PLASTICIDADE

Quando falamos de processos normais ou psicopatológicos do desenvolvimento, estamos implicitamente a reportarmo-nos à noção de plasticidade, dado o seu papel preponderante na presença ou ausência de patologia. O conceito de plasticidade, enquanto característica do processo de desenvolvimento, constitui um foco de interesse primordial na psicologia do desenvolvimento. É, aliás, a plasticidade que legitima toda e qualquer intervenção psicológica que visa a promoção do

desenvolvimento humano. O termo plasticidade refere-se aos processos evolutivos e ontogenéticos através dos quais o indivíduo desenvolve a capacidade de modificar o seu comportamento, no sentido de se ajustar às exigências de um contexto particular. Baseia-se, portanto na ideia de uma mudança potencial que pode ocorrer em múltiplos níveis de organização no âmbito da ecologia do desenvolvimento humano.

Sendo a plasticidade um fenómeno do desenvolvimento, uma característica intrínseca à condição humana, ela resulta de uma combinação probabilística de variáveis biológicas, psicológicas e sociais e assegura a individualidade idiossincrática do sujeito. A plasticidade incide no leque de possibilidades que podem ocorrer no desenvolvimento individual. Revela a flexibilidade ou a capacidade de modificação do indivíduo, por forma a ajustar-se aos requisitos contextuais. Esta abertura organizada às influências do contexto nega a asserção de que a plasticidade implica desorganização.

Os estudos desenvolvidos nas últimas décadas revelam que os acontecimentos de vida precoces não entravam ou não condicionavam necessariamente o desenvolvimento futuro. Contudo, os acontecimentos históricos assim como os acontecimentos pessoais adquirem a sua importância enquanto potentes mediadores nas mudanças quantitativas e qualitativas que ocorrem ao longo do ciclo vital. Cada vez mais se enfatiza o papel activo do sujeito na promoção de mudança no *self* e nos contextos. Trata-se de um sujeito produtor do seu próprio desenvolvimento. A plasticidade é uma característica que acompanha sempre os processos do desenvolvimento, uma vez que, ao longo da vida, o indivíduo está em constante interacção recíproca com o meio envolvente, também este em constante mutação. Isto significa que as mudanças sistemáticas no indivíduo, em termos estruturais ou funcionais, devem-se ao potencial omnipresente de plasticidade.

De uma maneira geral, a plasticidade do desenvolvimento diminui à medida que a idade avança. Mesmo na idade adulta, a plasticidade não permanece constante. Não se trata de um fenómeno absoluto. É claramente um fenómeno relativo e variável de acordo com o período da vida, com implicações para a compreensão da variação intra-individual que pode ter lugar na ontogénese. Também os períodos de vida anteriores, isto é, a história desenvolvimental do indivíduo, promovem ou entram o grau de plasticidade em cada período futuro da vida. Temos igualmente em consideração o contexto no qual o organismo se desenvolve, que pode limitar, induzir ou facilitar expressão do próprio desenvolvimento da plasticidade. Assim, os processos envolvidos na matriz de variação desenvolvimental, quando influenciam o organismo, podem ser considerados um antecedente de algum grau de plasticidade ou o resultado de outros níveis de funcionamento. O processo que leva o organismo a desenvolver a plasticidade pode também ser considerado em si mesmo plástico e segundo alguns autores, as espécies animais com maior capacidade de plasticidade gastam uma maior proporção da sua ontogénese desenvolvendo esta capacidade.

Torna-se importante distinguir os processos do desenvolvimento que contribuem para a plasticidade e o resultado desses processos, ou seja, o comportamento plástico. Neste sentido, a plasticidade pode ser percebida como um processo ou como um produto do desenvolvimento.

As diferenças inter-individuais no processo de desenvolvimento, em contraposição aos padrões normativos, remete para a ideia de que nem todos os indivíduos se desenvolvem da mesma maneira e com as mesmas sincronias. A variação individual na trajectória genética ou normativa dá-se pela confluência probabilística de variáveis causais envolvidas no desenvolvimento.

Os processos do desenvolvimento que constróem os componentes da plasticidade humana são simultâneamente epigenéticos e probabilísticos e o desenvolvimento não é completamente plástico nem completamente constante. Ele intercruza os processos inter-individuais, que actuam para diferenciar ou uniformizar o indivíduo, com os processos que promovem a continuidade ou a descontinuidade intra-individual ao longo do ciclo vital.

5.2 OS CONCEITOS DE EQUIFINALIDADE E MULTIFINALIDADE

A equifinalidade do desenvolvimento diz respeito aos padrões de desenvolvimento que podem levar a expressões psicopatológicas similares. O princípio de equifinalidade integra a noção de que diferentes padrões de desenvolvimento levam a um mesmo resultado desenvolvimental, dentro de um determinado sistema. Assim, um acontecimento de vida adverso pode não levar necessariamente ao mesmo resultado, psicopatológico ou saudável, em todos os indivíduos. “... *the principle of equifinality offers a more complex and realistic approach to understanding the course of psychopathological disorders and anticipates the failure to identify unique predictors or correlates of psychopathology*”. (Cicchetti, 1990, p.18).

Por seu lado, o conceito de multifinalidade engloba os padrões idênticos de desenvolvimento que podem levar a diferentes formas de distúrbios. Trata-se, portanto de dois conceitos complementares na compreensão da diversidade inerente aos processos do desenvolvimento e na relativa previsibilidade das trajectórias desenvolvimentais possíveis.

6. A PSICOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO AO LONGO DO CICLO VITAL

6.1 O DESENVOLVIMENTO NO CICLO VITAL

As questões que temos vindo a colocar em relação aos mecanismos do desenvolvimento e à própria psicopatologia desenvolvimental, remetem-nos para a perspectiva do ciclo vital, já que se trata de fenómenos que têm lugar desde a concepção até à morte do indivíduo, e como tal, salientam o pressuposto de que o potencial do desenvolvimento se estende ao longo da vida. Outros princípios de base

subscvem esta perspectiva, nomeadamente os princípios de multidireccionalidade e multidimensionalidade. Segundo eles, não existe uma única trajectória desenvolvimental; o desenvolvimento é potencialmente multidireccional, ocorrendo em diversos domínios, níveis ou esferas ontogenéticas (dimensões).

Este trabalho, tal como a grande parte da literatura subordinada ao tema, nunca negligenciando a perspectiva do ciclo vital, foca-se mais no desenvolvimento e psicopatologia infantis, por uma série de razões:

- Desde o nascimento até à maturação dá-se um rápido período de desenvolvimento, com grandes transformações que nunca mais ocorrerão ao longo da vida (trata-se de uma oportunidade única para auscultar e detectar aspectos particulares e únicos do processo de desenvolvimento);
- Os problemas da infância têm grande impacto na sociedade e na vida futura do indivíduo;
- São problemas relativamente frequentes, implicando grande custos económicos e grande sofrimento humano;
- Muitos distúrbios da vida adulta têm o seu início no período da infância.

Subscvemos Luís Joyce-Moniz (1993) quando afirma que "... a psicopatologia do desenvolvimento não se restringe às crianças. Apesar desta restrição se aplicar aos trabalhos da quase totalidade dos autores anglo-saxónicos, que constituíram formalmente esta disciplina nos anos 80, fundamentando-se em estudos de patologia infantil. Em consequência, são escassos e incidindo apenas em distúrbios isolados, ou numa teorização geral sem objectivos nosológicos, os trabalhos sobre os adultos " (e.g. Kegan, 1982; Noam, 1988, Noam & Dill, 1991; Rogers & Kegan, 1991; Rosen, 1985, 1991; cit. por Joyce-Moniz, 1993, p.18).

A melhor compreensão dos distúrbios psicopatológicos da infância poderá dar origem a programas de prevenção e intervenção mais eficazes. *“...despite the possibility of change throughout the life-span, prior adaptation does place constraints on subsequent adaptation. In particular the more, the more prolonged period of time na individual persists along a maladaptive pathway, the more difficult it is to reclaim a normal development trajectory.”* (Cicchetti, 1993, p.482).

A perspectiva do ciclo vital pressupõe três princípios de base:

- O desenvolvimento é um processo que ocorre ao longo do ciclo de vida e não cessa com a maturação biológica. “A tarefa de uma orientação de ciclo vital é a de identificar a forma e o curso das mudanças comportamentais à medida que elas decorrem, em vários pontos do curso da vida e estabelecer o padrão da sua ordem temporal e inter-relações” (Lemos, 1986, p. 146 e 147). A perspectiva do ciclo vital enfatiza as diferenças individuais mais visíveis na idade adulta e velhice, assim como as formas de desenvolvimento multidireccionais e multidimensionais:

- O desenvolvimento reflecte os princípios ontogenéticos e evolutivos, ocorrendo e interagindo com a macro-ecologia transformadora e em transformação. A perspectiva do ciclo vital maximiza a compreensão da influência dos factores culturais e históricos, ligados aos efeitos da geração, assumindo um enquadramento histórico-social para a trajectória do desenvolvimento.

- A perspectiva do ciclo vital defende uma concepção pluralista do desenvolvimento, em que as mudanças que ocorrem ao longo do ciclo vital adquirem diferentes formatos em relação à extensão temporal, direcção, grau de variabilidade inter-individual e plasticidade (isto é, o desenvolvimento em trajectórias descontínuas, com processos multidimensionais, multilineares e contextuais).

Ao longo do desenvolvimento, o ser humano está sujeito a uma série de influências que condicionam e determinam o processo e a agenda desenvolvimental. Estas influências interagem entre si, e tendo o indivíduo como mediador e principal protagonista neste processo, produzem mudança e desenvolvimento. Podemos agrupá-las em três categorias para melhor compreendermos esta realidade:

- influências normativas relacionadas com a idade - referem-se a determinantes biológicos ou ambientais do desenvolvimento, altamente relacionados com a idade cronológica do indivíduo e que se espera que tenham lugar;
- influências normativas relacionadas com a história - referem-se a determinantes biológicos ou ambientais do desenvolvimento, altamente relacionados com o momento histórico em que acontecem e em que são esperados acontecer;
- influências não-normativas - referem-se a determinantes biológicos ou ambientais do desenvolvimento que não ocorrem à maioria dos indivíduos e, como tal, não há expectativas da sua ocorrência, mas que podem de facto acontecer em qualquer idade cronológica e em cada momento histórico.

Daqui mais uma vez se depreende que o desenvolvimento só pode ser concebido com base na relação entre o indivíduo e os contextos (e destes contextos entre si). Referimo-nos aos contextos nos quais o indivíduo tem uma acção mais directa, mas também aos contextos sociais e culturais mais alargados, tanto uns como outros com um maior ou menor grau de formalidade. Os trabalhos de Bronfenbrenner (1979) são, a nosso ver, paradigmáticos, neste âmbito, ao definirem diferentes níveis que delimitam os sistemas ambientais (microssistemas, mesossistemas, exossistemas e macrossistemas).

“Development has to be analyzed as a process of interaction between individual and his socio-ecological environment, which itself is in continual historical change”

(Montada & Schmitt, 1982, p. 3).

A abordagem do ciclo vital não pode esperar construir um quadro definitivo acerca da evolução ao longo da vida. Ao centrar-se num indivíduo em mudança inserido num contexto em mudança, pretende alcançar uma verdade temporária, baseada em conceitos e teorias explicativos daquilo que é constante e daquilo que muda, do universal e do particular, ou seja, do desenvolvimento humano.

6.2 A PSICOPATOLOGIA AO LONGO DO CICLO VITAL

“Uma perspectiva do ciclo vital leva a esperar descontinuidade explicativa e predictibilidade imperfeita” (Lemos, 1986, p.149). Como vimos no capítulo 2, há um comprometimento na predição rigorosa do desenvolvimento. Mas, *“Prognoses will become more accurate if the antecedents (both risk and protective factors) are known, if these antecedents are themselves predictable, and if they can be included in the prediction of developmental processes and outcomes”* (Montada & Schmitt, 1982, p.6). É na base de uma perspectiva do ciclo vital que surge a necessidade de conhecer-se o desenrolar de uma determinada psicopatologia em períodos de desenvolvimento subsequentes, com o recurso à metodologia longitudinal e aos estudos de *follow-up*. Desta forma satisfaz-se o desejo de identificar, o mais precocemente possível, os indivíduos que não se estão a desenvolver normalmente, ao mesmo tempo que se evidenciam as variações nas expressões psicopatológicas, ao longo do desenvolvimento.

É no âmbito desta perspectiva que a psicopatologia do desenvolvimento pode estudar a mudança nos padrões de adaptação individual. Sem a dimensão temporal alargada, que a perspectiva do ciclo vital sublinha, a psicopatologia é concebida de forma estática, como nas abordagens tradicionais da psicopatologia, ou então é restringida a determinados períodos do desenvolvimento, deixando em interrogado as suas implicações futuras.

7. PERSPECTIVA HISTÓRICA DA PSICOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E DAS ABORDAGENS TEÓRICAS DA PSICOPATOLOGIA

7.1 UM BREVE OLHAR SOBRE O PRESENTE

O impacto actual da psicopatologia do desenvolvimento na literatura é enorme e pode ser constatado pela publicação, cada vez em maior número, de livros e artigos.

Jornais como o *Child Development*, o *Journal of Child Psychology and Psychiatry* ou o *New Directions for Child Development*, já publicaram secções especiais dedicadas ao

tema, o que significa que há um reconhecimento crescente deste macroparadigma pela comunidade científica. Nos anos setenta, é publicado um livro intitulado *"Developmental Psychopathology"*, de T. Achenbach (Achenbach, 1992), no qual o autor refere que se trata de um livro sobre um campo de estudo ainda em emergência. Actualmente, existe já um jornal dedicado exclusivamente à psicopatologia do desenvolvimento, o *"Development and Psychopathology"*, editado por Cicchetti e Nurcombe, desde 1989.

Foi concerteza nas duas últimas décadas que este crescente interesse se despoletou de forma evidente, muito provavelmente associado a um certo desencanto com a abordagem biomédica da psicopatologia. Hoje, a psicopatologia do desenvolvimento tem raízes históricas numa variedade de áreas e disciplinas, mas tem também uma integridade própria e uma larga abrangência que nos permite uma grelha de leitura não reducionista e mais adequada dos processos psicopatológicos.

7.2 CONTRIBUIÇÕES HISTÓRICAS PARA O APARECIMENTO DA PSICOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO

Antes dos anos setenta foram três as grandes teorias do desenvolvimento que predominaram no âmbito das ditas ciências comportamentais e que fizeram uma tentativa de explicação da psicopatologia com base nas teorias gerais do funcionamento psicológico. Iremos referenciar brevemente aquilo que conceptualmente as uniu e só depois nos debruçaremos sobre cada uma delas em particular. São três teorias que defendem uma conceptualização organísmica do desenvolvimento, contrapondo-se às concepções mecanicistas, nas quais o indivíduo é

visto como uma entidade passiva e reactiva. A adopção de uma perspectiva organísmica do desenvolvimento implica aceitar o papel dinâmico do indivíduo, enquanto um todo organizado, no seu próprio desenvolvimento. Nesta sequência, os princípios comportamentais são vistos como uma organização entre as partes e o todo e como relações dinâmicas entre o indivíduo e o meio. As concepções positivistas que nortearam o aparecimento da psicopatologia enquanto disciplina científica, em meados do século XIX, dissiparam-se claramente com a nova conceptualização organísmica, interactiva e multifacetada do desenvolvimento.

O Modelo Organísmico constitui, sem dúvida, um importante passo na nova conceptualização do desenvolvimento. Para a sua implementação muito contribuíram, inicialmente os trabalhos na área da embriologia, ao definir os princípios do organismo dinamicamente activo e do sistema hierarquicamente integrado (ênfatiza-se uma entidade de funcionamento holístico e dinâmico definido pelas interacções contextuais).

As teorias a que nos referimos são a Teoria Desenvolvemental Organísmica de Werner, a Teoria Desenvolvemental Psicanalítica e a Teoria Desenvolvemental Estruturalista de Piaget. Apesar de todas comungarem desta visão organísmica do desenvolvimento, adoptam diferentes conjecturas quanto à abordagem desenvolvemental da psicopatologia, como veremos mais adiante. Iremos também fazer referência a outras abordagens e a outros autores que, de forma mais ou menos directa, contribuíram para a edificação da psicopatologia do desenvolvimento.

7.2.1 A Teoria Desenvolvemental Organísmica de Werner

A Teoria Desenvolvimental Organísmica de Werner constitui uma referência teórica de peso na abordagem do desenvolvimento humano. Define um princípio ontogenético, segundo o qual o desenvolvimento prossegue de um estado de relativa globalidade e de indiferenciação para um estado de crescente diferenciação, integração, articulação e integração hierárquica. Heinz Werner (1948, 1957; Werner & Kaplan, 1963, cit. por Cicchetti, Beeghly, Carlson, Coster, Gersten, Rieder & Toth, 1991) alertou para a importância da psicologia experimental e da psicologia do desenvolvimento na compreensão do comportamento atípico, seu tratamento e prevenção. São contudo os trabalhos de Kaplan (1966; cit. por Cicchetti, 1990, p. 14), com quem Werner colaborou, que constituem um bom exemplo da aplicação do modelo organísmico à psicopatologia desenvolvimental. Em contraste com a crescente diferenciação e integração hierárquica características do desenvolvimento normal, Kaplan concluiu que no funcionamento simbólico e linguístico do esquizofrénico aparece a desintegração e indiferenciação. Pela aplicação dos princípios da teoria organísmica desenvolvimental a doentes com patologia psiquiátrica, Kaplan retirou importantes directrizes acerca dos aspectos cognitivos da esquizofrenia. Mais tarde, estas mesmas directrizes continuaram a ter um grande impacto na compreensão da organização desenvolvimental em populações atípicas.

Os processos de desintegração e indiferenciação constituíram os dois eixos de análise da psicopatologia, em diferentes esferas do desenvolvimento. Salientam-se aqui os trabalhos de Arieti (1967; cit. por Cicchetti, 1990, p. 14) pelo facto de conceptualizarem a patologia através dos processos atrás indicados e pela ênfase que deram a estes processos na compreensão da relação entre dois importantes domínios ontogenéticos: o afecto e a cognição.

A teoria desenvolvimental organísmica de Werner e estes trabalhos, entre outros, podem ser vistos como o pilar de suporte de uma nova maneira de perspectivar o desenvolvimento, que mais tarde permitiu a emergência de teorias descritivas e explicativas dos processos do desenvolvimento normais e patológicos.

7.2.2 As teorias Psicanalíticas do Desenvolvimento

A compreensão psicanalítica do desenvolvimento psicopatológico foi uma das primeiras a associar o desenvolvimento psicológico às raízes estruturais do distúrbio, estreitando claramente a amplitude entre os processos normais e os processos patológicos. “No fim do século XIX, a fenomenologia, e no início deste século, a psicanálise, tiveram o grande mérito de abrir a psicopatologia positivista a interpretações de teor epistemológico, analógicas e estruturalistas” (Joyce-Moniz, 1993, p.3).

7.2.2.1 A Teoria Freudiana

A teoria psicanalítica Freudiana acerca do desenvolvimento psicosssexual, centrada nas sequências das fases libidinais, desde o nascimento até à adolescência traduz, por um lado a preocupação com os processos do desenvolvimento, e por outro, a compreensão da psicopatologia através de processos como a fixação ou a regressão numa dessas fases. “*In this developmental framework deviations from the norm were due primarily to the processes of regression, arrest, or developmental delay.*” (Cicchetti, 1990).

Freud partiu do pressuposto de que a sintomatologia se baseia numa série de conflitos entre os impulsos proibidos e as defesas psicológicas que impedem a expressão desses mesmos impulsos, normalmente de natureza sexual. A expressão

libidinal centra-se primeiramente na fase oral, depois anal e fálica, seguidas do período de latência e após o qual, a libido passa a expressar-se na fase genital, com o aparecimento da adolescência. Esta sequência de fases libidinais é designada por teoria psicosssexual do desenvolvimento. Também relevantes na psicopatologia do desenvolvimento são as contribuições da teoria Freudiana da estruturação e desenvolvimento da personalidade. Os três aspectos estruturais da personalidade- id, ego e super-ego- organizam as forças do conflito psicológico e como tal adquirem uma grande importância na visão psicanalítica do desenvolvimento e da psicopatologia. Freud foca-se especialmente nos distúrbios do adulto, referenciando-se sempre às suas origens desenvolvimentais da infância e da adolescência. Muitas dessas origens são inferidas a partir de recordações que o adulto tem da sua própria infância, através de processos de associação livre. A psicopatologia é compreendida através da dinâmica de variáveis intra-psíquicas, ao longo do desenvolvimento. No entanto, o foco nos primeiros anos de vida traduz a importância deste período na construção da personalidade do adulto.

7.2.2.2 A Contribuição de J. Bowlby

Quando nos reportamos a estas abordagens, temos necessariamente que referir os trabalhos de Bowlby (1951, 1961, 1969/1982, 1979; cit. por Cicchetti, 1990, p.12). Segundo ele, as problemáticas relações precoces entre a mãe e a criança e a privação materna levam ao desenvolvimento posterior de psicopatologia. O seu conceito de “*modelo representacional*” (1969, 1982; cit. por Cicchetti, 1990, p.12), caracterizado por “*A set of generalized expectations of the caregiver as either available and responsive or not responsive, and representations of the self as worthy of care or not worthy of care, that is carried forward from infancy into childhood*” (Sroufe, Cooper

& DeHart, 1996, p.223), é um testemunho da tentativa de construção de um mecanismo desenvolvimental para explicar a relação entre acontecimentos de vida da primeira infância e o comportamento futuro. Os trabalhos de Bowlby, ao procurarem investigar quais os factores da primeira infância responsáveis pelo aparecimento posterior de psicopatologia, contribuem de forma significativa no processo de enraizamento da psicopatologia do desenvolvimento.

7.2.2.3 A Contribuição de M. Mahler

Mahler (1952; cit. por Cicchetti, 1990, p.12) é também uma autora de referência na abordagem desenvolvimental psicanalítica da psicopatologia. Segundo ela, o autismo infantil, por exemplo, resulta de um obstáculo desenvolvimental ao nível do funcionamento do ego. De igual forma, as psicoses simbióticas infantis caracterizam-se por uma relação simbiótica entre a mãe e a criança logo nos primeiros tempos de vida, não havendo uma progressão para um estágio de objecto libidinal, ou seja, de diferenciação entre o eu e o mundo. De qualquer forma, o que está aqui em questão é que a representação que a criança tem da mãe mantém-se, de forma regressiva, fundida com o self, e constitui a base a partir da qual as formas mais graves de psicopatologia, as psicoses infantis, se declaram. Também aqui, a psicopatologia é abordada numa perspectiva desenvolvimental.

7.2.2.4 A Contribuição e A. Freud

Também Anna Freud (1965; cit. por Cicchetti, 1990, p.13) defende uma abordagem desenvolvimental da psicopatologia baseada nos princípios da psicanálise. Mais importante do que a descrição do sintoma, é sem dúvida, a compreensão dos mecanismos que estão na base do seu aparecimento. Defende a autora que as crianças

desenvolvem-se normalmente, segundo aquilo que designou por “linhas desenvolvimentais”. O conhecimento dos processos normais do desenvolvimento permitem distinguir o comportamento adequado, de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança, do comportamento atípico e psicopatológico. Sendo assim, o estágio desenvolvimental da criança e aquilo que é adequado para a sua idade, parece ser um aspecto a partir do qual a avaliação dos processos do desenvolvimento normal e patológico devem ser referenciados. Segundo A. Freud, não existe necessariamente um *continuum* entre psicopatologia nos primeiros anos de vida e psicopatologia futura, da mesma forma que o desenvolvimento em diferentes domínios ontogenéticos pode dar-se a diferentes velocidades.

Os estudos de A. Freud, à semelhança dos outros autores já referidos, constituem neste nosso trabalho exemplos de grande significado para a abordagem desenvolvimental da psicopatologia, segundo as perspectivas psicanalíticas. Contudo, apesar dos vários estudos de caso realizados, “*no reability or validity data has been published*” (Achenbach, 1985; citado por Achenbach, 1992, p. 650). O pressuposto de que a psicopatologia do adulto assenta nas experiências infantis não se encontra testado a partir de estudos adequados, pelo que as relações longitudinais/preditivas assumidas se tornam discutíveis.

7.2.3 A Teoria do Desenvolvimento Cognitivo de Piaget

As contribuições da teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget para a compreensão da psicopatologia, constituem, de igual forma, um marco histórico para o emergir da psicopatologia do desenvolvimento. A sequência dos períodos de desenvolvimento cognitivo (sensório-motor, pré-operacional, operatório-concreto e operatório-formal) reflecte diferenças importantes ao nível do processamento de

informação, raciocínio, operações lógicas e nível de linguagem. A conceptualização do desenvolvimento cognitivo de Piaget elucida os processos mentais que estão na base do aparecimento da sintomatologia. *"Through the processes of development retardation, fixation or retrogression, individuals can become out of synchronization with the developmental age appropriate for chronological age."* (Cicchetti, 1990).

Outro aspecto crucial da teoria Piagetiana para a compreensão da psicopatologia do desenvolvimento diz respeito aos conceitos de representação figurativa e representação operativa, conceitos estes que não têm paralelo directo em qualquer outra teoria do desenvolvimento. Aos dezoito meses, a capacidade de representação mental figurativa (o aspecto figurativo da cognição) aparece e faz com que os significados mentais como imagens, símbolos e palavras possam representar um determinado estímulo. A estes significados mentais, Piaget designou por esquemas. A representação dos estímulos através de esquemas mentais caracteriza a transição do estágio sensório-motor para o estágio de pensamento pré-operatório e, obviamente, fazem com que a criança seja, de uma forma mais progressiva, mais independente do *input* perceptivo. O aspecto operativo da cognição diz respeito à organização mental de actividades, o que implica já competências mentais mais complexas e refinadas. A distinção entre estes aspectos permitiu a Piaget apresentar um quadro mais diferenciado do desenvolvimento cognitivo do que as teorias psicanalíticas ou as teorias da aprendizagem social. Como podemos observar, em vez de se centrar no conteúdo do pensamento, a teoria Piagetiana foca-se nas mudanças estruturais das operações mentais. Um aspecto também inovador desta teoria prende-se com a definição das causas do desenvolvimento: a maturação orgânica, a experiência adquirida através de interações com o mundo físico, a transmissão de informação por outras pessoas através da linguagem, modelagem e aprendizagem, e ainda, a

equilíbrio. Este último factor, a equilíbrio, é particularmente importante nas transições entre os estádios de desenvolvimento cognitivo, isto é, quando os conceitos que a criança tem se mostram inadequados e é necessária a construção de novas representações mentais, qualitativamente diferentes. A equilíbrio representa um aspecto crucial da cognição e da actividade adaptativa em geral, que permite a compreensão do mundo e de si próprio. Esta actividade adaptativa é parte essencial do desenvolvimento saudável e merece grande atenção no estudo desenvolvimental da psicopatologia.

A teoria Piagetiana do desenvolvimento leva a pensar na correspondência entre o padrão de pensamento normal em crianças e o pensamento aparentemente ilógico e imaturo de alguns adultos diagnosticados com certas doenças psiquiátricas. Os trabalhos de Inhelder (1943/1968, 1966, 1967 a, b; cit. por Cicchetti, 1990, p.15), colaboradora de Piaget, recorrem desta teoria desenvolvimental para a identificação das capacidades de raciocínio em crianças com funcionamento cognitivo abaixo do normal. Estas crianças apresentam dificuldades de integração de um determinado nível de desenvolvimento no nível de desenvolvimento seguinte e formas de raciocínio próprios de níveis de desenvolvimento anteriores. Para algumas destas crianças não há grandes esperanças de mudanças ontogenéticas futuras. Há sim flutuações entre vários estádios de desenvolvimento, que impedem a integração hierárquica e a consolidação das estruturas que caracterizam cada estágio de desenvolvimento. Estes trabalhos clarificam a natureza do atraso mental do ponto de vista do desenvolvimento, constituindo um importante contributo no campo da psicopatologia desenvolvimental.

7.2.4 A Contribuição da Teoria da Aprendizagem Social

As teorias da aprendizagem social surgiram a partir dos estudos laboratoriais de Pavlov e Thorndike, entre outros, na tentativa de encontrar princípios universais para a compreensão do fenómeno humano. Também Watson (1913) defendia que a maior parte dos problemas comportamentais surgem a partir de condicionamentos ambientais desadequados, deixando claramente antever as ligações entre as teorias da aprendizagem social e as teorias comportamentalistas. A maior parte das aplicações da teoria da aprendizagem social efectuaram-se em crianças, contrariando as teorias psicanalíticas. Existem contudo, outros aspectos diferenciais entre as duas teorias:

- As teorias da aprendizagem social enfatizam a estimulação ambiental observável e as respostas observáveis do organismo;
- As teorias da aprendizagem social constituíram-se a partir de estudos laboratoriais sobre a aprendizagem, recorrendo muitas vezes a animais, e não em estudos clínicos da psicopatologia;
- As teorias da aprendizagem social negligenciam as causas biológicas e intrapsíquicas da psicopatologia.
- As teorias da aprendizagem social tentam explicar a mudança comportamental em diferentes idades, a partir de um conjunto de princípios que não são intrinsecamente desenvolvimentais;

Por todos estes aspectos, especialmente pelo último que referimos, compreendemos a limitada contribuição da Teoria da Aprendizagem Social para a emergência da Psicopatologia Desenvolvimental.

7.2.5 A teoria do Desenvolvimento Psicossocial de E. Erikson

A teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson (1963, 1980; cit. por Achenbach, 1992) constitui também uma referência histórica para a psicopatologia do desenvolvimento. Enraizada na teoria do desenvolvimento psicosexual de Freud, a teoria de Erikson sublinha os aspectos sociais do desenvolvimento e centra-se na interrelação entre o indivíduo em desenvolvimento e a sociedade que o envolve. À semelhança de Freud, Erikson delimita uma série de fases ou estádios de desenvolvimento. Contudo, eles são definidos simultaneamente a partir da ascendência das zonas erógenas e dos modos de acção ou modalidades de interacção social que a criança emprega nas relações interpessoais, à medida que se desenvolve. Sem querer analisar aprofundadamente esta teoria, convém no entanto salientar que não encontramos nela uma explicação para o progresso desenvolvimental de um estágio para outro, embora Erikson defenda que deficiências num determinado estágio possa ter repercursões nos estádios de desenvolvimento seguintes. Tal como acontece nas várias teorias já referenciadas, a teoria de Erikson não oferece um método terapêutico definido nem explicações testáveis empiricamente para o aparecimento da psicopatologia.

7.2.6 A Contribuição da Abordagem Psicobiológica de Adolf Meyer e os Estudos de Lee Robin

Iremos de seguida, fazer referência a outras duas abordagens de carácter desenvolvimental. Uma delas é a abordagem psicobiológica histórica da psiquiatria de Adolf Meyer (1957; cit. por Cicchetti, 1990, p.16) que foca a importância da história desenvolvimental do sujeito na compreensão e emergência e natureza da psicopatologia. Enfatiza o papel dos factores constitucionais na resposta dos

indivíduos aos acontecimentos de vida e ainda a maneira como os efeitos destes acontecimentos modificam os indivíduos. Estes são vistos como participantes activos no meio, interagindo dinamicamente com ele. Nota-se aqui a valorização da interpretação e significação dos acontecimentos de vida, assim como o desenvolvimento dos mecanismos de *coping*. Nesta abordagem o desenvolvimento é conceptualizado no âmbito do contexto social do qual o indivíduo faz parte. À semelhança do que acontece actualmente na psicopatologia do desenvolvimento, esta abordagem enfatiza as diferenças individuais nas estratégias de *coping* em resposta aos acontecimentos de vida stressantes e considera múltiplos factores e interacções na procura das causas da patologia. Tal como os investigadores na área da psicopatologia desenvolvimental, Meyer centrou-se na compreensão dos efeitos das vivências na adaptação actual e futura do indivíduo, e ainda na modificação dos factores intra e inter-individuais que promovem ou limitam a competência dos indivíduos.

Neste âmbito, parece-nos também importante considerar a abordagem de Lee Robin (1966; cit. por Cicchetti, 1990, p.17) que se baseia em estudos de *follow-up* de crianças com história de distúrbios psiquiátricos precoces. Destes estudos longitudinais, Robin concluiu que crianças com distúrbios psicopatológicos, seguidas em *follow-up*, quando chegavam à idade adulta, apresentavam uma maior incidência de psicopatologia relativamente ao grupo de controle. Através desta metodologia de investigação não encontrou evidências que confirmassem quaisquer isomorfismos sintomáticos desde a infância até à idade adulta.

Apesar da pertinência e da riqueza dos sistemas heurísticos de todas as abordagens a que fizemos referência na compreensão da psicopatologia do

desenvolvimento, constatamos, de forma evidente, a inexistência da partilha de um programa sistemático de investigação, a ausência de metodologias para testar empiricamente as suas conceptualizações teóricas e a não explicitação de métodos eficazes para o tratamento e prevenção dos distúrbios da infância. Em conjunto, todos estes aspectos resultaram na emergência da psicopatologia do desenvolvimento.

8. MODELO DE AVALIAÇÃO NA PSICOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO

8.1 O MODELO DE AVALIAÇÃO

É através de procedimentos de avaliação que são:

- operacionalizados os conceitos de distúrbios;
- identificados os problemas da criança;
- escolhidas as intervenções;
- julgados os resultados.

Na medida em que o comportamento da criança varia de acordo com a situação e com o agente de interacção, não existe um único procedimento de avaliação ou fonte de informação que forneça um quadro compreensivo completo do funcionamento da criança. Um único informante não pode substituir o outro, o que significa que é necessário obter informação de diferentes informantes que interagem com a criança em diferentes condições.

A avaliação é intrinsecamente multi-axial, no sentido de identificar as potencialidades/competências e as limitações no funcionamento da criança numa série de importantes áreas. Este tipo de avaliação pode mesmo revelar que a interacção com determinados agentes necessita de uma maior mudança do que propriamente a criança. Da mesma maneira, a avaliação multi-axial pode mostrar a adequação de uma intervenção num contexto e a sua desadequação noutra. Os eixos integradores desta avaliação dizem respeito:

- Eixo I - às informações dos pais;
- Eixo II - às informações dos professores;
- Eixo III - à avaliação cognitiva;
- Eixo IV - à avaliação física;
- Eixo V - à avaliação directa da criança.

Note-se que nem todos os eixos são igualmente relevantes para todos os períodos de desenvolvimento.

O objectivo da avaliação é usar procedimentos múltiplos no sentido de identificar necessidades em diferentes áreas. A avaliação estandardizada do desenvolvimento normativo fornece uma linguagem descritiva comum e procedimentos operacionais

comuns através dos quais se alicerça o conhecimento de base da psicopatologia do desenvolvimento.

A emergência deste tipo de abordagem multi-axial e multivariada foi possível com o advento dos computadores electrónicos nos anos sessenta e setenta. A informação obtida a partir de diferentes informantes pode, a partir de então, ser submetida a análises factoriais no sentido de se identificarem constelações de problemas que tendem a ocorrer em simultâneo. Contudo, poderão ser ainda hoje surgir dificuldades na integração da informação obtida a partir de diferentes métodos, informantes, ao longo do tempo e ao longo das situações.

Este novo tipo de avaliação difere substancialmente das avaliações características das abordagens nosológicas da psicopatologia tradicional, traduzida pelo actual D.S.M.-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - American Psychiatric Association) e pelo C.I.D.10 (International Classification of Diseases). Enquanto que as abordagens multivariadas derivam de covariações estatísticas de sintomas e comportamentos, os critérios do D.S.M. e C.I.D. baseiam-se na negociação de formulações dos conceitos clínicos referentes aos diferentes distúrbios. Por outro lado, os critérios de atribuição das diferentes categorias nosológicas baseiam-se em julgamentos dicotómicos de inclusão ou exclusão, não sendo, muitas vezes, devidamente especificadas as fontes de informação a serem utilizadas em cada categoria de diagnóstico. Trata-se de uma taxonomia nosológica, que segundo as teorias psicanalíticas, são estáticas, mecânicas e não descrevem os processos psicodinâmicos idiossincráticos. Estes sistemas de diagnóstico contrapõem-se aos sistemas de avaliação multi-axial e multivariada. Desta contraposição podem surgir questões como as que a seguir se levantam:

- A psicopatologia infantil deve ser perspectivada como um distúrbio que ocorre intrinsecamente à criança, como um distúrbio relacional, uma reacção às circunstâncias ambientais, ou uma combinação de tudo isto?

- A psicopatologia infantil constitui uma condição qualitativamente diferente da normalidade, um ponto extremo num *continuum* relativo a um traço ou dimensão, ou uma combinação de tudo isto?

- Poderão ser identificados distúrbios homogéneos ou a psicopatologia infantil será melhor definida como uma configuração de ocorrência de distúrbios ou como um perfil de traços ou características?

- Pode a psicopatologia infantil ser definida como uma entidade estática num determinado momento temporal, ou a realidade do desenvolvimento necessita que a psicopatologia infantil seja definida num processo dinâmico que se expressa em diferentes formas, ao longo do tempo e do espaço?

- A psicopatologia infantil é melhor definida em termos da sua expressão corrente ou deverá incorporar na sua definição condições não patológicas que podem constituir factores de risco para problemas futuros?

Nas primeiras versões do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (D.S.M) os distúrbios da infância são diagnosticados pelas categorias referentes ao adulto. No D.S.M.I (1952) existe apenas uma categoria infantil designada "*adjustment reactions of childhood and adolescence*". A segunda edição do D.S.M. continua a negligenciar a maior parte dos distúrbios da infância, com excepção para a deficiência mental e para a esquizofrenia infantil. No D.S.M.III (1980), os critérios de classificação tornam-se mais explícitos; mais categorias relativas à infância são incluídas e é dada maior ênfase aos dados empíricos. No D.S.M. III

-R (1987), uma determinada criança pode ser classificada ou diagnosticada a partir de um conjunto de sintomas, sem haver a necessidade de preenchimento de todos os requisitos de inclusão na categoria. Os novos avanços contemplam a natureza heterogênea em constante mutação da maior parte dos distúrbios da infância, mas continua a verificar-se uma ausência de adequação empírica em certos critérios de diagnóstico e um descurar dos factores situacionais ou contextuais que contribuem para o aparecimento de vários distúrbios. No D.S.M.- IV (1994) são contemplados factores como a idade, sexo e cultura, associados à expressão de cada distúrbio, aumentando o reconhecimento da importância da família e do meio extra-familiar.

Contudo, a natureza estática das categorias do D.S.M. contrasta com a natureza do desenvolvimento. Os problemas sub-clínicos ou os problemas relacionados com mais de uma categoria de diagnóstico são subestimados.

Na prática clínica, verifica-se com grande frequência o co-aparecimento de diferentes síndromes, isto é, conjuntos sintomáticos que permitem a inclusão da criança em mais do que uma categoria de diagnóstico. Os trabalhos de Steinhäuser & Goebel (1987) apontam para correlações de 0.7 a 0.21 entre os diagnósticos psiquiátricos feitos a crianças e as escalas de questionários preenchidas pelos pais. Simultaneamente há que, numa avaliação multivariada, ter em conta todos os sintomas que, apesar de não preencherem todos os requisitos inerentes à inclusão num determinado diagnóstico, são pertinentes para a compreensão do fenómeno psicopatológico, numa perspectiva holística, e que são, em última instância, formas de comunicação que não podem ser negligenciadas. Nesta linha de raciocínio, as gradações quantitativas, isto é, o grau em que a criança apresenta determinado sintoma ou conjunto de sintomas, parecem fazer muito mais sentido do que dicotomias e dialécticas nosológicas, a nosso

ver artificiais e constrangedoras. *"Our focus on prediction in developmental psychopathology requires that we move from the yes/no definition to a definition utilizing a continuum of disorder"* (Lewis, 1990, p.33).

Não é portanto surpreendente que uma criança dignosticada com determinada psicopatologia, segundo os critérios de avaliação do D.S.M. ou C.I.D., apresente através de uma avaliação multivariada, diferentes síndromes que no seu conjunto definem um perfil descritivo da criança, em relação a esses mesmos síndromes. Routh (1983) refere, a título de exemplo que *"...there was little evidence that attention deficit disorder without hiperactivity was an independent syndrome"* (Routh, 1983, cit. por Routh, 1990).

Os conceitos clínicos que servem de base de negociação para a definição da psicopatologia numa abordagem tradicional, fazem a comparação das crianças que apresentam psicopatologia com crianças ditas normais ou com um funcionamento adaptado. Contudo, estes conceitos não especificam os meios ou operações de comparação entre o normal e o patológico, uma limitação claramente ultrapassada nas abordagens multivariadas, na medida em que fornecem comparações métricas e explicitam os processos comparativos entre crianças normais e crianças que apresentam psicopatologia, todas elas pertencentes ao mesmo grupo etário.

Podemos, finalmente referir que não existe um único julgamento "correcto" e que as múltiplas avaliações da psicopatologia, através de vários informantes, é desejável e necessária. O recurso a fontes múltiplas de informação complexifica o processo de diagnóstico, mas oferece um enorme potencial para o tornar mais rigoroso e preciso. Sem elas, os sistemas de classificação e diagnóstico mostram-se inadequados na representação das interrelações e hiatos existentes entre muitos distúrbios e, por outro lado, apresentam-se pouco sensíveis aos parâmetros desenvolvimentais,

contextuais e relacionais, conhecidos por caracterizarem as formas psicopatológicas da infância.

Partindo da ideia de que qualquer esquema de classificação (nosológica ou multidimensional) representa uma construção e não uma realidade, "... *the limitations inherent in the current data base render premature any effort to construct a global overarching theory of the psychopathology of development*" (Rutter & Garnezy, 1983, p. 870).

8.2 SÍNDROMES IDENTIFICADOS ATRAVÉS DE ANÁLISES MULTIVARIADAS

Achenbach (1986, 1991) propõe uma série de instrumentos de avaliação - checklists- constituídas por vários itens, respeitantes a variados comportamentos e destinadas a diferentes informantes. O CBCL (Child Behavior Checklist) é um questionário constituído por 113 itens, que podem ser agrupados em 8 escalas sindromáticas. O mesmo se passa em relação ao instrumento de avaliação destinado aos professores- o TRF (Teacher Report Form) e ao YSR (Youth Self Report) -para adolescentes a partir dos 14 anos. Todas estas informações, oriundas dos principais contextos em que a criança interage, complementadas com a observação da criança por parte dos profissionais de saúde, apresentam muitas vezes correlações modestas entre si. Os procedimentos de meta-análise, presentes nos trabalhos de Achenbach, McConaughy & Howell (1997, cit. por Achenbach, 1992), apontam para correlações na ordem dos 0.60 para os informantes que interagem com a criança nas mesmas condições, correlações de 0.28 entre os informantes que interagem com a criança em

condições diversas e ainda correlações na ordem dos .22 entre as informações que a criança dá dela própria e as informações oriundas dos outros informantes. Sabemos que o grau de acordo entre os informantes depende da idade e sexo da criança, da natureza do problema e do método utilizado para obter a informação. Sabemos também, através dos trabalhos de Achenbach (Achenbach et al., 1991) que, de uma maneira geral, as mães referem mais problemas que os pais.

O desacordo entre as informações pode ser interpretado de várias maneiras:

- como erro de informação de um dos informantes;
- como uma variabilidade comportamental da criança ao longo das situações e dos contextos,
- como uma fraca acessibilidade de um dos informantes a determinados tipos de comportamento da criança;
- como uma distorção activa da informação para o alcançar de qualquer outro objectivo.

Isto significa que diferentes fontes de informação contribuem de forma válida e diferencial e que elas se tornam imprescindíveis no suporte de conclusões firmes acerca dos distúrbios da infância e adolescência. *"Each informant had its strengths and weaknesses"* (Verhulst, Dekker & Ende, 1997, p.75). Esta ideia está também referenciada num estudo longitudinal de Achenbach (Achenbach et al., 1995; cit. por Verhulst, Dekker & Ende, 1997), realizado com crianças de seis anos retiradas da população americana em geral, tendo os autores concluído que o encaminhamento de crianças para os serviços de saúde podia de alguma forma ser previsto combinando as informações dos pais/professores e pais/criança. Verhulst et al. (1997) realizaram um estudo, num período de quatro anos, com crianças entre os onze e os catorze anos,

respectivos pais e professores, tendo como objectivo determinar qual dos informantes se mostrava mais indicado para a avaliação de diferentes distúrbios psicopatológicos (através de instrumentos como o CBCL, YSR e TRF). No sentido de testar o valor preditivo dos diferentes informantes, determinaram-se as relações entre as suas informações e o índice de distúrbios, ao longo do tempo. Os índices de distúrbios eram avaliados pelos indicadores fornecidos pelos serviços de saúde, assim como informações dadas pelos pais e pela criança (agora adolescente com 15-18 anos) referentes a eventuais pedidos de ajuda profissional não concedida. Os autores concluíram que *"Not only may informants differ in their ability to predict certain signs of maladjustment, but it may also be that signs of maladjustment differ in the way that they are predicted by certain informants"* (Verhulst et al. 1997, p.76). Desta forma, diferentes informantes enfatizam diferentes domínios comportamentais como preditores significativos de distúrbios num período de quatro anos. Os pais enfatizam os comportamentos agressivos; os professores, os problemas cognitivos e o isolamento; a própria criança, dá mais importância aos problemas nos relacionamentos sociais; mas todos eles são preditivos da decisão futura de procura de ajuda profissional. Os autores também concluíram que, apesar dos pais se aperceberem de uma grande parte dos problemas dos seus filhos, em situação de *follow-up* são os distúrbios externalizáveis (que abordaremos à frente) que mais frequentemente são alvo de uma intervenção efectiva. Os problemas percebidos pelos adolescentes no final do estudo eram já referidos quatro anos antes nas informações dos professores, nomeadamente nas escalas de ansiedade/depressão, problemas sociais e comportamentos agressivos. As crianças vistas pelos professores como ansiosas e deprimidas aos 11-14 anos tinham cinco vezes mais probabilidade de referir problemas significativos quatro anos mais tarde.

Verhulst et al. (1995) concluíram que a escala referente aos problemas sociais no CBCL, TRF e YSR era indicativa da necessidade de intervenção profissional e que o elevado nível de acordo entre os informantes é compatível com o prognóstico de problemas na área do funcionamento social. É curioso ver que, apesar deste grau de concordância na escala de problemas sociais constituir um dado de grande importância, ele não é tido em conta nos sistemas de classificação nosológica do D.S.M.. Os autores pensam que os resultados encontrados tornam necessária uma avaliação do funcionamento social, uma vez que os problemas nesta área, acompanhados ou não de outros problemas, são, de acordo com os diferentes informantes, um sinal evidente de fraco funcionamento, o que poderá levar à necessidade de ajuda profissional futura.

Existem dois grandes grupos de problemas que constituem clusters de sintomas ou síndromes resultantes de procedimentos estatísticos multivariados, como a análise factorial ou a análise de clusters, e aos quais correspondem síndromes particulares:

- Distúrbios externalizáveis, *undercontrolled* (Achenbach & Edelbrock, 1978; cit. por Achenbach, 1992), problemas da conduta (Peterson, 1961; cit. por Achenbach, 1992) ou agressão (Miller, 1967; cit. por Achenbach, 1992) incluem problemas respeitantes aos síndromes de agressividade, delinquência e, por vezes, problemas de atenção e síndrome de hiperactividade; nos instrumentos de avaliação -checklists- propostos por Achenbach, os distúrbios externalizáveis correspondem às seguintes escalas sindromáticas: comportamentos agressivos e delinquência.

- Distúrbios internalizáveis, *overcontrolled* (Achenbach & Edelbrock, 1978; cit. por Achenbach, 1992), problemas de personalidade (Peterson, 1961; cit. por Achenbach, 1992) ou inibição (Miller, 1967; cit. por Achenbach, 1992): incluem os síndromes de depressão, ansiedade, queixas somáticas e isolamento/retraimento social

que correspondem às escalas contempladas nos instrumentos de avaliação propostos por Achenbach.

Para cada instrumento de avaliação (CBCL, TRF ou YSR), são identificados síndromes de acordo com a idade e o sexo da criança. *"For each of these syndromes, we constructed a core syndrome that consisted of the items that occurred together in a majority of the sex/age groups for which the syndrome was found on a particular instrument (Achenbach, 1992, p.645).* Para facilitar a comparação entre os problemas das crianças em diferentes áreas representadas por cada síndrome, as escalas sindrômicas adquirem um formato de perfil. Este perfil contém percentis e scores *standar* para amostras normativas com a mesma idade e sexo da criança em questão. Assim identificam-se, através dos scores em cada escala, situações normais, borderline e clínicas. *"By viewing a child's score across a profile in relation to those his or her age-mates, it is possible to assess the child's deviance for each syndrome, rather than making categorical judgments of each syndrome in isolation and without an operational basis for comparison with age norms"*(Achenbach, 1992, p.648).

Os dados das abordagens multivariadas referentes aos distúrbios da infância e da adolescência convergem numa série de síndromes. Estes síndromes oferecem uma plataforma para a investigação de etiologias diferenciais, resposta ao tratamento, evolução e resultado.

"A multiaxial assessment model for developmental psychopathology was outlined in terms of standardized procedures for obtaining data from parents, teachers, medical exams, and direct assessment of the child (...) the goal of

assessment is (...) to use multiple procedures that can identifies needs for help in different areas” (Achenbach, 1990, p.13).

As avaliações do desenvolvimento estandardizadas e normativas oferecem uma linguagem descritiva comum e procedimentos práticos no sentido de consolidar os pilares epistemológicos da psicopatologia do desenvolvimento. Estes procedimentos de avaliação têm-se mostrado adequados em relação à sua validade, fidelidade e mesmo na obtenção de dados normativos.

9. DIRECTRIZES PARA A INTERVENÇÃO

O aparecimento de sintomatologia ou o surgir de problemas comportamentais em determinado período de desenvolvimento, não significa que se torne necessária uma intervenção clínica. Em primeiro lugar, e como já tivemos oportunidade de fazer referência, o comportamento é sempre referenciado ao nível de desenvolvimento da criança, e só através deste processo é que pode ser considerado funcional ou disfuncional. Por exemplo, um determinado comportamento pode, na infância, ser considerado não patológico enquanto que na idade adulta já o é, ou vice-versa. Portanto, em termos de intervenção, o nível de desenvolvimento da criança é sempre o factor mais determinante, ajudando mesmo a definir a natureza da intervenção. Por

outro lado, a sintomatologia transitória pode reflectir processos de carácter adaptativo e não patológicos, processos estes que permitem à criança ultrapassar períodos de rápida mudança, facilitando o desenvolvimento. Nestes casos sugere-se uma actuação preventiva com os pais, no sentido de se averiguar o desenrolar do desenvolvimento da criança.

Uma vez que a psicopatologia do desenvolvimento admite a continuidade da psicopatologia entre a infância e a adolescência (continuidade esta que integra formas de desenvolvimento descontínuas), há necessidade de uma intervenção mais sistematizada pela possibilidade da reemergência sintomática, eventualmente sob outras formas. Inserem-se então aqui as intervenções mais prospectivas, ao longo do desenvolvimento. Mas, como é sabido, para se delinearem intervenções apropriadas, é necessário saber-se como promover o desenvolvimento do sujeito e não sómente remover os sintomas ou restaurar níveis de funcionamento prévio. Aqui os estudos longitudinais têm um papel preponderante, pois é através deles que é possível fazer-se uma avaliação das próprias intervenções, comparando, ao longo do tempo, os resultados de intervenções específicas, com condições de controle não sujeitas a qualquer intervenção. Assim, a avaliação dos resultados de uma determinada intervenção deve incidir no progresso desenvolvimental, mesmo de áreas que não foram alvo directo de intervenção. A avaliação dos diversos componentes das intervenções oferece um feed-back acerca da adequação conceptual que está na base da intervenção.

Enquanto que as abordagens terapêuticas não lidam muito com a questão do desenvolvimento, as grandes teorias do desenvolvimento, como já vimos na abordagem histórica da psicopatologia do desenvolvimento, não lidam muito com o tratamento da psicopatologia. A vertente interventiva da psicopatologia do desenvolvimento adquire,

mais uma vez, potencialidades únicas, extremamente importantes no nosso contexto socio-cultural actual. A psicopatologia infantil é um fenómeno relativamente comum e os avanços na medicina fazem com que exista uma maior percentagem de crianças que sobrevivem a diversas doenças, apesar das sequelas que contribuem para o aparecimento de problemas comportamentais, de aprendizagem ou outros. Também as recentes mudanças nas condições sociais (dissolução familiar, famílias monoparentais, adversidade multigeracional, emigração, pobreza crónica, etc.) podem colocar a criança em situações de risco para o desenvolvimento de problemas psicopatológicos, com os consequentes custos económicos e sofrimento humano.

10. UMA PERSPECRIVA SOBRE O FUTURO DA PSICOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO

O carácter dinâmico das interacções entre o indivíduo e o seu contexto resulta no reconhecimento da necessidade de diferentes perspectivas para a compreensão da integração multidimensional (e.g. indivíduo, família comunidade) envolvida no desenvolvimento humano. Torna-se imperativa a investigação no contexto ecológico do indivíduo, tanto investigação descritiva como explicativa. O papel da investigação explicativa consiste em compreender os processos característicos das diversas trajectórias desenvolvimentais, ao mesmo tempo que permite perceber o fenómeno da plasticidade e os seus limites.

Estudar os padrões de adaptação em condições de alto-risco e em condições psicopatológicas, ao longo do ciclo de vida, fornece informações importantes acerca das transacções dinâmicas entre os sistemas psicológico e biológico, ao longo do desenvolvimento, em vez de fornecer um retrato estático e reducionista das suas interrelações. Por outras palavras, trata-se de um tipo de investigação que pode clarificar os processos e mecanismos subjacentes aos resultados do desenvolvimento, dando resposta a múltiplas questões levantadas pela psicopatologia do desenvolvimento.

Para isso, torna-se imprescindível uma abordagem interdisciplinar, com o recurso a metodologias longitudinais, para a elucidação dos mecanismos desenvolvimentais através dos quais os factores genéticos e ambientais dirigem os processos do desenvolvimento. Para ilustrar a importância do aspecto interdisciplinar a que nos referimos, e a título de exemplo, salientamos a investigação no campo da genética, que se tem mostrado bastante importante na demonstração do impacto das influências ambientais, especificando quais os aspectos do ambiente que exercem o impacto mais profundo nos resultados do desenvolvimento.

A combinação da psicologia do desenvolvimento e da epidemiologia levou a que o campo da epidemiologia psiquiátrica tivesse um cariz mais desenvolvimental, uma metodologia mais rica, e investigações mais bem informadas acerca do aparecimento dos comportamentos problemáticos e da psicopatologia, ao longo do ciclo vital.

O estudo da trajectória do desenvolvimento implica, inquestionavelmente, o recurso a estudos longitudinais, especialmente os prospectivos, nomeadamente em indivíduos de alto-risco ou com distúrbios psicopatológicos. Este tipo de investigação, baseada em avaliações do funcionamento do indivíduo nas tarefas do desenvolvimento está de acordo com a opinião de Cicchetti (1993, p.482) ao referir: *"I urge that*

research on the differentiation on each task on the integration and coordination of each task with subsequent tasks throughout the life course be accorded high priority, for future investigation”.

Os estudos longitudinais prospectivos, apesar das suas enormes potencialidades, são ainda em número reduzido, especialmente porque implicam grandes custos e grandes amostras. Sugere-se que a investigação futura, sempre que possível, contemple este tipo de estudos em populações de alto-risco, apesar de sabermos de antemão que muitas das crianças consideradas de risco não desenvolvem patologia posteriormente. A natureza da psicopatologia do desenvolvimento, leva-nos a concordar com Lewis (Lewis, 1990, p.32) quando refere que “...*the unique selection of high-risk samples, although increasing the likelihood of finding more developmental disorders, does not allow us to conclude whether the unique risk is causal to the subsequent maladaptive behavior*”.

O recurso aos estudos longitudinais retrospectivos são, evidentemente, mais acessíveis aos investigadores, apesar de poderem fornecer alguns erros na informação dada pelos diferentes informantes.

Resumindo, a investigação na área da psicopatologia desenvolvimental baseia-se preferencialmente em estudos longitudinais, multidimensionais, multivariados e multidisciplinares. É inegável a necessidade de uma agenda de investigação que se foque na diversidade e contexto, ao mesmo tempo que tem em conta aquilo que é comum ao desenvolvimento individual, mudanças contextuais e relações entre os dois. Da mesma forma, a investigação deverá ser conduzida em contextos naturais, pois só assim se consegue obter informação pertinente e ecologicamente válida para as relações entre o indivíduo e o meio.

Como sugestão para investigações futuras ficam as seguintes propostas:

- estudo dos mecanismos subjacentes à acção simultânea dos factores de risco e dos factores protectores do desenvolvimento;

- investigação das competências em diversos domínios comportamentais;

- incremento na ênfase da expressão fenotípica dos processos biológicos e psicológicos, ao longo do tempo;

- estudos longitudinais que foquem a adaptação particular das crianças, em pontos críticos e transitórios do desenvolvimento;

- esforços rigorosos para definir mais adequadamente as respostas de *coping* e a sistematização da sua avaliação, com atenção particular para a psicomетria na área do desenvolvimento e testagem dos seus instrumentos (pelo seu poder preditivo).

B. RISCO E PROTECÇÃO NO DESENVOLVIMENTO

1. INTRODUÇÃO

Desde a concepção até à morte o indivíduo está sujeito a riscos, isto é condições adversas que podem pôr em causa a normal trajectória do desenvolvimento.

Poderíamos dizer que sem riscos é impossível conceptualizar o desenvolvimento e sem os desafios inerentes aos riscos o desenvolvimento não teria lugar.”... se por um lado há factores de natureza biológica, psicosocial ou outra, que põem em risco o equilíbrio psíquico do homem, ou seja , a sua saúde mental, pela influência negativa que exercem, por outro lado, a ausência de risco, ou seja, não correr o risco de estar vivo e em relação com o outro (...) pode ser tão prejudicial à saúde mental quanto a situação anterior” (Fleming, 1997)¹. A questão do risco constitui uma experiência comum a qualquer pessoa, em qualquer momento da sua vida, ou então pode ser algo que afecta os indivíduos que vivem em condições de risco constante, como a pobreza ou problemas familiares sérios. No entanto, quando as condições de risco ameaçam a saúde e o bem-estar dos sujeitos, isto é, perdispõem-nos à patologia, coloca-se-nos a questão de como atenuar ou mesmo eliminar os efeitos dos factores de risco. Esta

¹ Resumo da Comunicação da Prof. Dr^a Manuela Flemming no VIII Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, no Porto, em Dezembro de 1997.

questão da eliminação ou atenuação dos factores de risco é particularmente pertinente para a realidade do nosso país, no qual a acessibilidade aos serviços de saúde mental infantil é bastante limitada:

- Uma em cada 5 crianças sofre de perturbações de saúde mental;
- Uma em cada 10 crianças apresentam incapacidades funcionais referidas na família ou na escola;
- Uma em cada 20 crianças recebe tratamentos em serviços de cuidados primários;
- Uma em cada 100 crianças recebe tratamento em serviços de saúde mental infantil.

À ideia de risco aliam-se outras duas. A noção de susceptibilidade, uma maior apetência ou vulnerabilidade para o risco e a noção de resistência (resiliência), uma pelo menos aparente invulnerabilidade ao risco. O impacto do risco no indivíduo e seus contextos parece depender de uma série de condições de tal forma que um determinado risco pode ter enormes efeitos nocivos em certos indivíduos, enquanto que noutros as consequências são imperceptíveis.

Se quisermos identificar factores de risco facilmente constamos que a lista é infinita e que a sua natureza é muito diversa. Quase que nos arriscamos a dizer que qualquer situação pode constituir um factor de risco, em determinado período da nossa vida.

Nas últimas décadas têm sido postos em primeiro plano os riscos sociais e psicológicos como os responsáveis pelo aparecimento de muitas patologias. Contudo, as investigações são sempre inconclusivas, já que a par da avaliação dos factores ou situações de risco, há sempre um sujeito que sofre as suas consequências. Este sujeito

é um sujeito activo e a maneira como lida com as situações de risco depende das suas percepções, experiências passadas, cognições, aspectos culturais, etc.

2. O(S) RISCO(S)

2.1 ALGUNS ASPECTOS RELACIONADOS COM A CONCEPTUALIZAÇÃO DO RISCO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.,1973), os factores de risco são as características ou condições de vida de uma pessoa ou de um grupo que as expõe a uma maior probabilidade de desenvolver um processo mórbido ou de sofrer os seus efeitos.

A noção de risco é sempre probabilística e relativa, ou seja, existe sempre a noção de uma maior ou menor probabilidade de se sofrer os efeitos negativos dos riscos. O factor de risco é qualquer influência que aumenta a probabilidade do

aparecimento, evolução para um estado mais sério, ou a manutenção de uma condição mais problemática. Nas ciências sociais e médicas, os factores de risco são utilizados para prever resultados futuros expressos em probabilidades. Apesar de qualquer previsão se caracterizar pela incerteza, a combinação de um leque de factores de risco pode levar à conclusão de que a criança está em condição de alto risco para determinado resultado do desenvolvimento. Contrariamente, a ausência de factores de risco pode levar à conclusão que a criança está em condição de baixo risco. A probabilidade da ocorrência de um problema futuro, partindo de um mesmo factor de risco, pode variar com a raça/grupo étnico, género e idade da criança. Compreender os factores de risco e os seus efeitos negativos tem sido alvo de um rápido e crescente corpo de investigação.

As primeiras investigações sobre saúde mental infantil centraram-se nos indicadores socio-económicos da família e nos indicadores de saúde mental para avaliar o grau de risco a que as crianças estariam expostas. *"The danger to children lies in the cumulation of adversities that exist in many families but one evident disproportionately in the poor"* (Garmezy & Masten, 1994; citados por Garmezy, 1996, p.7). As crianças normalmente identificadas como estando em situações de alto-risco são aquelas que nasceram em contextos de pobreza, de baixo nível de educação parental ou ainda em contextos de alcoolismo e de doença mental. Apesar dos factores de risco como pobreza e o baixo nível educacional tenderem a co-ocorrer, é um erro assumir que influenciam os resultados desenvolvimentais da mesma maneira. É que num grupo de indivíduos considerados em risco, existe uma enorme variabilidade da sua exposição e interpretação dos stressores. Por outro lado, constatamos uma melhoria das condições de vida que tem sido acompanhada por um aumento de certas formas de psicopatologia e distúrbios psicossociais. *"... it has become increasingly*

clear that the association between poverty /social disadvantage and psychopathology is nowhere near as clear-cut as was once assumed" (Rutter, 1997, p.362). Não é a pobreza por si só que justifica a psicopatologia, mas o facto da pobreza estar muitas vezes associada à desorganização e dissolução familiar ou outros aspectos relevantes nos mecanismos de risco. Em Portugal, segundo a conferência da Prof. Dr^o Celeste Malpique no 8^o Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e Adolescência (1997), intitulada "Avaliação do Risco em Saúde Mental da Infância à Adolescência", os factores socio-demográficos mais prevalentes nas consultas de saúde mental infantil são:

- predominância do sexo masculino (56 a 64% dos casos);
- predominância de crianças em idade escolar, entre os 5 e os 11 anos (64% dos casos);
- 21% das famílias são dissociadas ou monoparentais;
- predominância de famílias numerosas (em média com 3 ou mais filhos).

Dado que, intencionalmente, iremos dar uma maior ênfase aos factores de risco psicossociais, que normalmente estão envolvidos no aparecimento da psicopatologia infantil, clarificamos desde já que utilizaremos o risco e o stress (ou acontecimentos de vida stressantes) como condições sinónimas, uma vez que, à partida, qualquer situação de stress que constituir uma situação de risco do desenvolvimento saudável.

Frequentemente os indivíduos que desenvolvem distúrbios psicopatológicos sofrem de uma acumulação de riscos/stress ao longo do tempo, mas também pode acontecer que a exposição a um único factor de risco possa levar aquele sujeito em questão a desenvolver patologia(s). *"...an accumulation of life events might explain the effects of social structural and family background variables on mental health"*

(Gore & Eckenrode, 1997, p.23). Brown & Harris (1978/1989; cit. por Gore & Eckenrode, 1996) defendem, opondo-se à investigação tradicional sobre os acontecimentos de vida de Holmes & Rahe (1967), que a patologia não está dependente do impacto cumulativo dos acontecimentos mas do significado cognitivo que adquirem. A qualidade cognitiva-emocional específica dos acontecimentos define o seu significado e é esse significado que está associado ao aparecimento da patologia.

As três abordagens tradicionais da investigação sobre o stress centram-se na acumulação dos acontecimentos de vida, na estrutura social ou nos factores singulares de stress. Esta última abordagem chama a atenção para populações especiais e para os riscos que experienciam, em virtude de determinados acontecimentos de vida.

Contudo, estes factores de stress ocorrem no contexto de outras condições de vida muitas vezes subestimadas nesses estudos. Estas três abordagens tradicionais da investigação partilham uma série de limitações que envolvem a conceptualização do risco. Nenhuma destas abordagens oferece soluções para o problema da elevada diferenciação das experiências de stress ou para o problema da conceptualização das interrelações entre variáveis associadas aos problemas de adaptação funcional.

Os riscos podem ser distais ou proximais. Consideramos os riscos proximais aqueles que exercem uma influência directa no sujeito e os riscos distais aqueles em que a sua influência só se faz sentir através de factores mediadores. Por exemplo, o baixo estatuto socio-económico é um importante factor de risco distal implicado nos resultados do desenvolvimento, mas não revela as diferenças proximais das famílias em diferentes grupos socio-económicos, diferenças estas igualmente implicadas. Baldwin et al. (1993) referem a necessidade de se focar a atenção dos factores de risco

proximais, na medida em que interagem directamente com a criança e não operam através de qualquer outra variável proximal.

Os riscos podem também categorizar-se segundo factores biológicos, psicológicos ou sociais, se bem que a sua ocorrência é muitas vezes simultânea. Estes riscos referem-se quer a características intrínsecas ao indivíduo, quer aos contextos onde interage (e.g. família, escola, comunidade).

As situações de risco/stress podem ser pontuais ou duradoras, portanto, agudas ou crónicas. Apesar, dos stressores crónicos nem sempre potenciarem os efeitos dos stressores agudos, Rutter (1976; cit. por Gore & Eckenrode, 1996) concluiu que as admissões hospitalares, enquanto situações de stress agudo, estavam associadas a problemas emocionais nas crianças quando existia simultaneamente elevados níveis de stress familiar crónico. Outros estudos (e.g. Wheaton, 1990; cit. por Gore & Eckenrode, 1996) confirmam a ideia de que o stress agudo pode promover a saúde mental em situações de stress crónico, uma vez que aqueles acontecimentos stressantes oferecem uma oportunidade para aliviar ou fugir à situação de stress crónico e potenciadora do distúrbio.

Para compreendermos a origem do risco e da adversidade temos de ter em conta que, em algumas circunstâncias, as características que são transmitidas de igual forma a todas as crianças dentro da mesma família são menos importantes do que aquelas que são transmitidas diferencialmente, de modo a que uma criança seja mais afectada do que as outras. Qual a razão das variações individuais de exposição aos ambientes de risco? Tendo em conta o nosso referencial teórico, as acções e comportamentos individuais seleccionam ambientes, por exemplo, através do efeito protector do planeamento activo dos acontecimentos. Assim, o impacto do risco no indivíduo é mediado pelas suas características pessoais, pelas características contextuais e também

pelo momento histórico em que tem lugar. Daí a necessidade de uma grande relativização quando nos referimos ao conceito de risco.

2.2 REFLEXÕES HISTÓRICAS SOBRE A INVESTIGAÇÃO ACERCA DO RISCO NO DESENVOLVIMENTO.

O impacto do(s) risco(s) no desenvolvimento é tão vasto que pode mesmo começar a observar-se antes do nascimento. Os seus efeitos no funcionamento da criança podem ser globais ou circunscritos, o seu impacto pode ser mínimo ou mais grave e a sua duração pode ser pontual ou mais prolongada no tempo. Estas e outras conclusões são resultado da investigação acerca dos factores e processos de risco no desenvolvimento, desenvolvida desde há várias décadas.

Os primeiros estudos mais sistematizados que apareceram focavam-se nos riscos biológicos, isto é, condições biológicas adversas capazes de influenciar o desenvolvimento. As investigações acerca dos efeitos biológicos dos factores de risco emergiram nos anos 20, a maior parte deles com populações de crianças nascidas prematuramente. Muitos destes estudos tinham como principal objectivo a avaliação de algumas consequências desenvolvimentais de um ou outro factor de risco. Só mais tarde surgiram os primeiros estudos focados na competência intelectual como um dos principais indicadores dos resultados do desenvolvimento.

Actualmente, e em relação ao risco biológico, existe algum consenso relativamente a vários aspectos. Sabemos que quanto mais precoce for a actuação do factor de risco pré-natal, maior a probabilidade do aparecimento de efeitos adversos no desenvolvimento, efeitos estes a longo prazo. Sabemos também que os riscos que

actuam no período pré-natal são os responsáveis pela grande percentagem de indivíduos c/ Q.I.'s abaixo de 50 e com graves problemas sensoriais e neurológicos.

Os riscos biológicos que influenciam o período peri-natal são altamente moldados pelos factores ambientais (apesar da complexidade das relações entre factores de risco biológicos e ambientais, está fortemente documentada a ideia de que a combinação do risco médico com o risco social tende a levar a maus resultados desenvolvimentais)

2.2.1 A investigação dos anos 20 aos anos 40

Nos anos 20, a investigação dirigiu-se especialmente a crianças prematuras. Evidência disto são os trabalhos de Arnold Gessell, nomeadamente o seu livro "Infancy and Human Growth" (1929; cit. por Kopp, 1987) no qual refere os aspectos do crescimento em crianças com desenvolvimento normal, crianças prematuras, crianças com sequelas do parto e crianças com síndrome de Down. Gessell centrou-se na predição do crescimento mental na primeira infância a partir de crianças de risco.

Nos anos 30, alguns investigadores dedicados ao estudo do desenvolvimento em crianças normais começaram a interessar-se pelas crianças que apresentavam diferentes problemáticas. Por exemplo, Mary Shirley (1939; cit. por Kopp, 1987) estudou o desenvolvimento de bebés em risco por nascimento prematuro e Florence Goodenough (1932; cit. por Kopp, 1987) investigou o desenvolvimento emocional de crianças surdas e cegas.

Nos anos 30 e 40, a investigação sobre a privação da estimulação ambiental (nomeadamente a privação materna) evidenciou os seus efeitos causais nos déficits sociais, emocionais e cognitivos. Na Europa surgem os primeiros trabalhos acerca de crianças institucionalizadas por razões de abandono, morte ou doença dos pais. René

Spitz (1945; cit. por Kopp, 1987) estuda precisamente os efeitos da institucionalização nos primeiros tempos de vida. Aparecem os seus trabalhos sobre o hospitalismo, com o intuito de circunscrever factores que levam a comportamentos aberrantes. Spitz foi um dos grandes inovadores da investigação ao enfatizar os cuidados maternos e a necessidade de contacto humano como factores críticos no contexto dos primeiros tempos de vida e suas implicações desenvolvimentais.

2.2.2 A investigação nos anos 50 e 60

Também John Bowlby observou de forma sistemática crianças separadas das mães por razões variadas e por longos períodos de tempo. Estas e outras investigações sobre o risco ambiental permitiram que os futuros investigadores olhassem para os cuidados maternos com novas ideias e novos paradigmas. O WHO (World Health Organization) monograph, *Maternal Care and Mental Health* (Bowlby, 1951), sobre os efeitos de privação materna, enfatiza a necessidade da criança experienciar uma relação íntima e de suporte com a mãe ou substituto materno, relação esta que ofereça, tanto à mãe como à criança, satisfação e prazer

Nos anos 50 e 60 deparamos com uma nova proliferação de estudos acerca das condições de risco biológico. Surgem novas terapêuticas e novas tecnologias que diminuem o índice de mortalidade peri-natal, fazem-se grandes descobertas na área da genética, aumentam os incentivos governamentais nos U.S.A. para a investigação sobre os factores de risco, surgem epidemias como a rubéola e aparecem os efeitos devastadores da talidomida. Também nos anos 50, muitos são os artigos publicados que sugerem que os resultados neurológicos e desenvolvimentais adversos estão associados a complicações durante a gravidez. A expressão "*continuum of reproductive casualty*" (Sameroff & Chandler, 1975) surge precisamente as

relações entre as complicações de gravidez, o stress peri-natal e os pobres resultados do desenvolvimento. Aparecem de forma mais sistemática estudos sobre o risco biológico (e.g. anóxia neonatal), demonstrando que as consequências adversas do risco neonatal são muitas vezes atenuadas no período da primeira infância à idade escolar e que é possível estudar o risco do desenvolvimento com algum rigor e precisão científica. O principal objectivo da maior parte destes estudos consiste na definição da evolução do desenvolvimento, na sequência de um acontecimento de risco, e a possibilidade de observação e estudo da influência de uma ou mais variáveis mediadoras.

2.2.3 A investigação nos anos 70

No final dos anos 60 e anos 70 começam a aparecer estudos que enfatizam de forma mais sistemática os factores psicossociais e o risco. Em 1969, Gouin-Decarie (cit. por Kopp, 1987) mostra que uma vinculação adequada e que as competências sensorio-motoras próprias podem ser alcançadas em crianças com *handicaps* físicos resultantes do uso da talidomida durante a gravidez das mães. Contudo, os processos que levam a uma vinculação bem sucedida e ao alcance dessas competências sensorio-motoras podem ter características diferentes dos processos que estão presentes em crianças sem esses handicaps.

Chess (1974, 1977; cit. por Kopp, 1987) estudou as diferenças comportamentais e de temperamento em crianças cujas mães tiveram rubéola durante a gravidez. Concluiu que as limitações observadas num determinado período de desenvolvimento podem ou não ter implicações futuras, tudo dependendo das exigências e desafios postos à criança. Reparamos aqui na relação entre as competências da criança, as competências exigidas no processamento das tarefas e os factores situacionais em

geral. Este e outros estudos levantam claramente questões que se prendem com as consequências desenvolvimentais a partir de condições biológicas precoces adversas e ainda com a maneira como as podemos compreender.

Os anos 70 são definidos como uma década de grande crescimento na investigação sobre o desenvolvimento e sobre os seus factores condicionantes. É evidente o enorme interesse académico e clínico sobre estas questões. O suporte financeiro para a investigação expressa-se de forma mais evidente e surgem tópicos de investigação até aqui inexplorados. A par dos estudos efectuados sobre o desenvolvimento normal e sobre o risco biológico (anomalias cromossómicas, infecções pré-natais, efeitos de substâncias tóxicas, prematuridade, anóxia, etc.) emerge uma preocupação sobre a vinculação e sobre as características perceptivas e cognitivas (e. g. atenção, exploração comportamental) de crianças prematuras, a par de uma avaliação dos recém-nascidos ao nível do funcionamento sensorio-motor (segundo a teoria Piagetiana). Há também nesta década uma reavaliação de estudos feitos anteriormente. Sameroff & Chandler (1975) ou Kopp & Krakow (1983) confrontam-nos com o papel dos aspectos ambientais na atenuação ou exacerbação dos efeitos do stress perinatal. São estudadas de forma mais incisiva as consequências e implicações dos resultados do desenvolvimento em termos das sequelas intelectuais, neurológicas e educacionais. Daí o interesse crescente pelos estudos longitudinais, particularmente com crianças em risco biossocial ou ambiental, para uma previsão mais rigorosa dos resultados do desenvolvimento.

Também nos anos 70, Lazarus (Lazarus & Launier, 1978; cit. por Kopp, 1987) enfatiza o papel da avaliação cognitiva dos acontecimentos de vida. Da mesma forma, Brown & Harris (1978, 1989), sublinham a necessidade de se ter em conta o contexto

social dos acontecimentos de vida, com o intuito de avaliar a ameaça psicológica ao indivíduo.

2.2.4 A investigação nas duas últimas décadas

As duas últimas décadas são caracterizadas por uma proliferação de estudos dedicados à análise do impacto dos factores de risco contextuais no desenvolvimento e dos processos pelos quais estes factores de risco operam. O interesse desloca-se de uma identificação desses factores de risco para uma abordagem mais compreensiva dos processos e mecanismos subjacentes e para uma análise da interrelação entre esses factores e os factores atenuadores dos seus efeitos, isto é, os factores de protecção. É por esta razão que nos últimos anos, tanto a investigação sobre o risco para o desenvolvimento como a investigação sobre a resiliência, se preocupam com os aspectos moderadores do stress, por um lado, e por outro com os seus factores mediadores. É portanto nesta altura, que se começam a delinear movimentos no sentido de uma maior especificação dos mecanismos mediadores envolvidos nos processos de risco, associados com as experiências psicossociais que trazem um risco acrescido para o aparecimento da psicopatologia. Por exemplo, a investigação mostra que existem diferenças individuais nas respostas das crianças ao divórcio dos pais, mas só recentemente têm aparecido estudos mais sistemáticos sobre o porquê deste facto em crianças da mesma família (Grych & Fincham, 1990; cit. por Kopp, 1987). A investigação tem também mostrado que as crianças sujeitas a abuso físico têm um risco acrescido para os comportamentos agressivos. Dodge (1990), entre outros, mostra que a cognição social pode jogar um papel mediador neste processo. Contudo, os mecanismos através dos quais o abuso físico leva a comportamentos agressivos nas crianças estão ainda pouco claros.

A grande mudança nos anos 80 das abordagens utilizadas para o estudo do stress, desenvolvimento humano e saúde mental é marcada, de forma inquestionável, pela emergência da psicopatologia do desenvolvimento e pela perspectiva do ciclo vital.

O progresso em termos de investigação é evidente. Em vez de se basear numa série de indicadores de risco, ela tem-se ocupado dos mecanismos mediadores envolvidos nos processos de risco. Mais do que a identificação de causas básicas, torna-se importante compreender os mecanismos que ao longo do tempo possam estar envolvidos, através de uma série de processos interligados entre si.

3. A RESILIÊNCIA E OS MECANISMOS DE PROTECÇÃO

3.1 O QUE É A RESILIÊNCIA?

O conceito de resiliência é oriundo das ciências físicas e traduz a capacidade dos materiais se moldarem e flexibilizarem de acordo com as circunstâncias ambientais.

Na área das ciências sociais e humanas, a resiliência diz respeito à capacidade para os indivíduos e sistemas lidarem com sucesso face ao risco ou adversidade.

Encontramos as raízes do termo no latim, cujo significado traduz a acção de saltar os obstáculos. De uma maneira geral, ocupa-se das variações individuais em resposta aos

factores de risco, sendo geralmente descrita como a capacidade para manter um funcionamento saudável em condições pouco saudáveis, ou a capacidade para manter a adaptação em condições de stress.

O termo resiliência é usado "... to describe the positive pole of ubiquitous phenomenon of individual difference in people's response to stress and adversity" (Rutter, 1990, p.181). Estas diferenças individuais têm vindo a ganhar terreno e a serem contempladas na investigação sobre o risco, assim como na compreensão dos mecanismos que podem tornar inteligíveis os processos inerentes ao risco (ao mesmo tempo que trazem implicações em termos de prevenção e intervenção). A resiliência é um processo dinâmico e assenta numa interacção complexa entre as características do indivíduo e do ambiente.

A definição de resiliência engloba dois grandes paradoxos. O mesmo comportamento (e.g. suporte parental) pode dar lugar a diferentes resultados (e.g. dependência vs. auto-confiança) e diferentes comportamentos (e.g. negligência vs. cuidados maternos adequados) podem dar origem aos mesmos resultados de desenvolvimento. Por outro lado, as características individuais que estão associadas à resiliência (e.g. criatividade) podem confrontar-se com características familiares que também se associam à resiliência (e.g. coesão e cooperação) e estas podem opor-se a certos valores culturais em vigor na comunidade (e.g. consumismo, individualismo). Daí que a promoção da resiliência se torne um processo bastante complexo por todos estes paradoxos que lhe são inerentes.

A resiliência não é um atributo fixo de determinados indivíduos. Isto significa que num momento temporal x , o indivíduo pode ter um funcionamento adaptado face às circunstâncias adversas, sendo considerado resiliente, e no momento anterior ou

seguinte, sucumbir de forma dramática. A mudança circunstancial implica mudanças nas situações de risco, ou pelo menos na maneira como são percebidas, e mudanças na própria competência dos sujeitos para lidar com elas. A resiliência é um conceito dinâmico e o *coping* bem sucedido fortalece a competência individual para lidar com a adversidade futura. A resiliência reflecte a “...*capability of individuals to cope successfully in the face of significant change, adversity, or risk. This capability changes over time and the environment*” (Stewart, Reid & Mangham, 1997, p.22). O stress grave intenso e a adversidade na segunda infância pode levar a situações de distúrbio psiquiátrico, mesmo que tudo tenha corrido bem na primeira infância.

A flexibilidade inerente à noção de resiliência, para além de variar com o momento temporal, varia com os contextos, podendo o indivíduo ter um funcionamento adequado no contexto familiar, por exemplo, e um funcionamento disruptivo evidente no contexto escolar, ou vice-versa.

Não existem “super-crianças”; nenhuma criança é invulnerável e mesmo as crianças consideradas resilientes necessitam de apoio. A resiliência não é sinónimo de protecção absoluta contra os efeitos de privação, stress ou pobreza. Apesar de lhe ser atribuído um estatuto especial ao qual só certas crianças e famílias têm acesso, uma perspectiva alternativa mostra a resiliência como uma parte integral do desenvolvimento que qualquer criança deve apresentar. “*The capacity of resilience develops over time in the context of enviornmental support*” (Egeland, Carlson & Sroufe, 1993, p.517-518). A resiliência é um conceito que diz respeito à capacidade da própria criança para se envolver em desafios e usá-los para o crescimento psicológico. O termo invulnerabilidade, noção extrema já em desuso, implica uma resistência absoluta que de facto não existe. Podemos falar da susceptibilidade ao stress como um

fenómeno não absoluto. O termo invulnerabilidade sugere que esta característica se aplica a todas as circunstâncias de risco, o que também não parece corresponder à realidade. Desta forma, as características intrínsecas à resiliência variam de acordo com o mecanismo de risco, sublinhando a ideia de que a resiliência reside tanto nos indivíduos como nos seus contextos. Por último, o termo invulnerabilidade parece referir-se a uma característica estática. Sabemos que as mudanças desenvolvimentais influenciam a resiliência tal como outros aspectos.

Por todos estes aspectos, avaliar a resiliência torna-se um processo falível com uma margem de erro significativa, mesmo com recurso a diferentes fontes de avaliação utilizadas ao longo do tempo. *"...if we are to assess resilience by just one measurement at one point in time, much of what seems to be resilience will be no more than meaningless error"* (Rutter, 1993, p.626).

Qual é então a origem da resiliência? A origem da resiliência pode residir nas circunstâncias prévias ou futuras. *"Many of the important turning point that bring with them enhanced resilience occur in the adult life"* (Rutter, 1993, p. 629). O sucesso numa área promove uma auto-estima positiva e auto-eficácia, levando a uma maior confiança para lidar de forma activa com os desafios da vida em outros domínios. Experiências bem sucedidas numa determinada área incrementam os aspectos do auto-conceito que promovem a resiliência. As diferenças individuais na susceptibilidade ao stress e experiências adversas podem derivar de características individuais. Mais uma vez, somos obrigados a fazer referência às avaliações individuais das circunstâncias. Os factores cognitivos jogam um papel importante maneira como as pessoas lidam com os problemas sociais de vários tipos.

3.2 A POPULARIDADE DO CONSTRUCTO E AS LIMITAÇÕES ASSOCIADAS

As raízes do trabalho acerca da resiliência podem ser encontradas em publicações referentes a áreas muito diversas. Contudo, ao avanços mais contemporâneos sobre a resiliência podem ser traçados a partir dos trabalhos de Garmezy e colaboradores (Garmezy, 1971; Garmezy & Streitman, 1974; citados por Cicchetti & Garmezy, 1993, p.498). O crescente interesse pela resiliência pode ser vinculado ao papel relevante que a perspectiva desenvolvimental adquiriu no estudo da psicopatologia. *"Current efforts to understand the mechanisms and processes leading to resilient out-come have been facilitated by investigations conducting work within the arena of developmental psychopathology"* (Cicchetti & Garmezy, 1993, p.498).

O conceito de resiliência é cada vez mais evocado por uma série de razões:

- os dados consistentes, alguns resultantes de estudos epidemiológicos, que apontam para uma variação dos resultados do desenvolvimento em populações de alto-risco, levaram a que os investigadores colocassem a tónica na identificação e compreensão das características dos indivíduos que escapam aparentemente ilesos dessas situações, apresentando um funcionamento adaptado;
- a investigação sobre o temperamento infantil forneceu evidência empírica para sustentar a ideia de que as qualidades e características das crianças influenciam as suas respostas numa variedade de situações stressantes;

- os inúmeros trabalhos sobre a importância da interacção pessoa-meio e os estudos sobre as estratégias de *coping* e *mastery*, enfatizam o papel activo do indivíduo no processo de desenvolvimento.

Actualmente, a popularidade da resiliência enquanto constructo, tem excedido os resultados de investigação a ela associados. De facto, a resiliência corre o risco de ser percebida como um domínio popularizado que não é verificado através de investigações apropriadas, expondo-se ao perigo de perder a credibilidade no seio da comunidade científica. Ao mesmo tempo que a enorme atractividade do constructo tem intrigado investigadores e profissionais, torna-se pertinente o delinear de investigações rigorosas, não só para um conhecimento mais aprofundado do fenómeno, mas também para guiar de forma mais adequada as intervenções. Por esta razão, é urgente que os investigadores operacionalizem, de forma clara, as suas definições de resiliência.

3.3 A OPERACIONALIZAÇÃO DO CONCEITO DE RESILIÊNCIA

A resiliência tem sido traduzida em termos do sucesso obtido nas tarefas do desenvolvimento ou em termos das expectativas sociais, reflectindo-se nos índices comportamentais, ligadas ao desempenho académico e às competências sociais específicas (observadas nas relações com os pais, professores e pares). Contudo, algumas crianças de risco que apresentam um comportamento competente (crianças resilientes), não são necessariamente bem ajustadas nos índices de ajustamento emocional, apresentando por vezes vulnerabilidade para a depressão. Vulnerabilidades

para os sintomas internalizáveis ou para os problemas de saúde física auto-referenciados têm sido encontrados em crianças manifestamente competentes (Luthar, Doernberger & Zigler, 1993). As crianças resilientes (i.e. crianças socialmente competentes em ambientes de alto stress) são significativamente mais deprimidas do que as crianças que são altamente competentes mas que experienciam ambientes de baixo stress. Isto significa que, apesar de algumas crianças de alto risco funcionarem bem em termos de expectativas sociais, muitas dessas crianças exibem dificuldades noutras esferas de ajustamento. Assim, os factores com funções protectoras para um determinado domínio de competência social podem ter ramificações diferentes noutras áreas de competência. Os resultados do estudo de Luthar, Doernberger & Zigler (1993) indicam que a aparente resiliência dos adolescentes pode implicar um incremento nos níveis de stress emocional ao longo do tempo. Os autores colocam a hipótese dos adolescentes com uma baixa competência comportamental, apesar das favoráveis circunstâncias de vida, serem aqueles que apresentam uma série de dificuldades de ajustamento e que, portanto, referem, inesperadamente, elevados níveis de sintomatologia. Por seu lado, os baixos níveis de sintomas auto-referidos entre as crianças com baixa competência social e em situações de alto risco, podem reflectir, entre outros processos, uma tendência para utilizar defesas de negação e evitamento face a dificuldades em múltiplos domínios de funcionamento. Os resultados deste estudo indicam claramente que a aparente resiliência pode muitas vezes implicar dificuldades significativas mesmo na área da competência social.

Rutter (1993) mostra que as crianças supostamente resilientes apresentam índices de depressão que não podem ser negligenciados, sendo este aspecto descrito como o “preço da resiliência”. Segundo Radke-Yarrow & Brown (1993) *“The relative high rates of reported somatic symptoms in both resilient and troubled children*

suggest one cost" (p.587). Rutter (1993, p.627) refere-nos: *"That seems to me a most misleading way of thinking about things. Rather, we need to appreciate that people may suffer in a range of different ways and that it is important that our measures accomodate this diversity"*. Contudo, Howard (1996) questiona-se acerca das consequências ou custos psicológicos da adaptação. *"How do we reconcile the finding that behavioral competence may occur at the same time that psychological well-being is compromised?"*. Outros autores (Luthar, 1991; Cicchetti, Rogosch, Lynch & Holt, 1993) corroboram as ideias de Rutter e assumem que o funcionamento competente pode ocorrer na presença de dificuldades emocionais. Estes autores defendem, igualmente, a existência de crianças com um bom funcionamento face a elevados níveis de stress, mas com sinais evidentes de depressão e ansiedade. Sugerem ainda a necessidade de se avaliar diferencialmente a competência e os distúrbios psicológicos no que diz respeito à adaptação das crianças.

Segundo o estudo longitudinal de Radke-Yarrow & Brown (1993), os sintomas relacionados com queixas somáticas, na escala CBCL de Achenbach, distinguem o grupo de crianças saudáveis do grupo de crianças em risco familiar. As queixas somáticas aparecem em 84% das crianças perturbadas, em 56% das crianças resilientes e em 21% das crianças pertencentes ao grupo de controle (crianças saudáveis em situação de baixo risco). Poderão ser as queixas somáticas mais um indicador dos custos associados à resiliência?

Também numa perspectiva mais psicodinâmica, a noção de falso *self* de Winnicott (1969) pode estabelecer um certo paralelismo com aquilo que denominamos como o preço da resiliência, com uma adaptação nem sempre bem sucedida. *"... faux self qui semble satisfaisant à l'observateur irréfléchi, bien que la schizophrénie soit latente et qu'en fin de compte il soit nécessaire de la soigner. Le faux self, qui s'est*

développé sur une base de soumission, ne peut arriver à l'indépendance de la maturité, sauf s'il s'agit d'une pseudo-maturité dans un milieu psychotique"

(Winnicott, 1969, p.105).

O estudo de Luthar, Doernberger & Zigler (1993) é particularmente relevante ao colocar interrogações acerca dos critérios a utilizar para classificar os adolescentes resilientes. Pensamos que o estudo da resiliência implica a exploração do sucesso que os indivíduos apresentam num agregado alargado de diferentes domínios de competência. Sugere-se uma grelha de abordagem mais rigorosa com especificação dos domínios de funcionamento que reflectem a resiliência potencial nos processos de avaliação e *coping* face ao(s) risco(s).

3.4 O INTERNATIONAL RESILIENCE PROJECT

O *International Resilience Project* (1995) trata-se de um projecto transcultural, envolvendo participantes de 30 países, que tem como objectivo de base estudar as forças e potencialidades que existem, quer no indivíduo quer nos contextos, num sentido da auto-construção e da promoção do desenvolvimento adaptado. Apesar das especificidades culturais de cada país participante existem no processo directrizes universais que passam pela capacitação dos pais e comunidades, pela promoção da auto-estima nas crianças e famílias e pela responsabilização das famílias e comunidades nas suas próprias decisões.

Edith Grotberg (1995) dirige este projecto internacional, o qual tem a vantagem de proporcionar uma compreensão de diversos factores interrelacionados que têm como resultado final a resiliência em crianças. Trata-se de um estudo que pela

grandiosidade merece sempre ser referenciado quando se abordam as temáticas relativas aos riscos para o desenvolvimento e resiliência. Segundo Grotberg (1995), a resiliência enquanto constructo, pode ser definida como uma capacidade universal que permite ao indivíduo, grupo ou comunidade, prevenir, minimizar ou ultrapassar os efeitos nefastos da adversidade. É aliás esta definição que subjaz ao *International Resilience Project*. Ela resulta por um lado da literatura diversa publicada acerca do tema e por outro, dos vários encontros científicos internacionais que têm vindo a ter lugar nos últimos 10 anos. Ultrapassando de forma evidente a identificação de factores específicos implicados no processo da resiliência (e.g. relacionamentos de confiança, suporte emocional fora da família, auto-estima, promoção da autonomia, esperança, tomada de risco responsável, sentimento de ser amado, sucesso escolar, crenças morais e religiosas e afecto incondicional de alguém), a filosofia deste projecto encerra a compreensão da interacção dinâmica destes factores, os seus papéis em diferentes contextos, as suas expressões e as suas fontes. A forma como a criança enfrenta a adversidade é percebida de uma forma global e integrativa. Digamos que a unidade de estudo do projecto é a criança em contexto. Nele participaram 589 crianças e respectivas famílias, 48% do sexo feminino e 52% do sexo masculino, mais de metade com idades compreendidas entre os 9 e os 11 anos e as restantes com 6 anos ou menos.

Em linhas gerais, os resultados do estudo apontam para um quadro comum de factores de resiliência, para os diferentes países (e.g. Lituânia, Rússia, Costa Rica, República Checa, Brasil, Tailândia, Vietnam, Hungria, Namíbia, Sudão, Canadá, África do Sul e Japão). As circunstâncias contextuais e o nível socio-económico parecem pouco contribuir para a variação de respostas comportamentais. Parece, simultaneamente, impossível negar a interligação entre os factores de resiliência e o

contexto cultural. Neste projecto, as fontes de resiliência podem ser categorizadas em três dimensões: “eu tenho”, “eu sou”, “eu posso”.

A criança resiliente poderia “afirmar que”:

Tem:

- relacionamentos de confiança;
- regras, em casa, e uma estruturação familiar;
- modelos para diferentes papéis;
- encorajamentos para ser autónoma;
- acesso à saúde, educação, bem-estar e segurança.

É:

- amada e o seu temperamento é agradável;
- amada, empática e altruísta;
- orgulhosa de si própria;
- autónoma e responsável;
- confiante, com esperança.

Pode:

- comunicar;
- resolver problemas;
- lidar com os seus sentimentos e impulsos;
- procurar relacionamentos seguros;
- ter *insight* face ao seu temperamento e ao dos outros.

Para que uma criança seja resiliente não é necessário preencher todos estes requisitos. Contudo, é necessária a presença de itens das 3 dimensões, uma vez que a resiliência resulta precisamente da sua combinação. A primeira dimensão do modelo- “eu tenho”- relaciona-se, como se conclui facilmente, com apoios externos (suporte

social) e recursos que promovem a resiliência, isto é, que desenvolvem sentimentos de segurança. É aliás, esta dimensão a primeira a ter impacto, uma vez que ela surge antes da criança se preocupar com aquilo que é ou com aquilo que é capaz de fazer.

A dimensão- “eu sou”- relaciona-se com os recursos internos e pessoais e a dimensão- “eu posso”- diz respeito às competências interpessoais e sociais da criança.

Algumas crianças recorrem a muitos destes factores enquanto outras recorrem a poucos, dependendo das circunstâncias. No entanto, a resposta da criança à adversidade depende obrigatoriamente do seu nível de desenvolvimento e das tarefas próprias da sua idade, como aliás já foi referido.

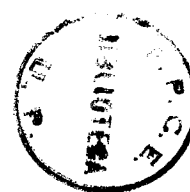
3.5 RESILIÊNCIA E SAÚDE

A noção de resiliência engloba as avaliações dos resultados do desenvolvimento (avaliações estas centradas na saúde e na competência e não apenas na ausência de patologia). Torna-se evidente uma preocupação com o ponto de vista salutogénico nestas questões. A perspectiva salutogénica opõe-se à perspectiva patogénica, na medida em que a saúde não é apenas ausência de doença.

As relações entre a resiliência e a saúde parecem-nos evidentes. A saúde engloba aspectos de controle, auto-eficácia ou atribuição de significados, todos eles relevantes no fenómeno da resiliência. As conexões mais explícitas entre saúde e resiliência residem justamente nos resultados da própria resiliência. As variáveis relacionadas com a saúde das crianças incluem o ajustamento psicossocial global, característico das crianças resilientes.

Além disso, muitas características das crianças, relacionadas com a saúde mental, aparecem na resiliência. São exemplos a auto-estima, a inteligência e a competência. As crianças não resilientes têm, de facto, baixos scores nos índices da saúde mental. Por outro lado, os comportamentos saudáveis funcionam como factores de protecção em relação ao bem-estar físico e psicológico. Estes factores podem constituir uma interessante área de investigação, examinada através da perspectiva da resiliência. A investigação na área da resiliência oferece então uma possibilidade para abordar de uma forma salutogénica, e não patogénica, os processos e resultados do desenvolvimento. *"Resiliency can be a unifying concept in health promotion, bringing together many related strategies all with the goal of improving health and adjustment"* (Cowen & Work, 1988; cit. por McGrath, Reid & Stewart, 1995²).

A literatura sobre a resiliência apresenta pontos comuns com os estudos sobre a promoção da saúde. Muitos conceitos examinados no âmbito da promoção da saúde são relevantes para a resiliência. Alguns deles podem ser vistos como factores protectores (e.g. *coping*, suporte social, auto-estima, auto-eficácia, competência). Existem, contudo, importantes diferenças entre estas duas áreas. Os conceitos fundamentais inerentes à noção de resiliência são os factores de risco e os factores protectores. A avaliação conjunta dos dois grupos de factores diferencia claramente a resiliência de outros conceitos ligados à promoção da saúde. A promoção da saúde tem-se, ao longo do tempo, centrado na atenuação dos factores de risco em grupos de alto-risco ou na promoção dos factores protectores em todos os indivíduos. Por seu lado, a resiliência sugere a promoção dos factores protectores só nos grupos de alto-risco. Para além disso, e na perspectiva da resiliência, a atenção deve sempre focar-se em mais do que um tipo de factor protector.



² [Http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/alcohol-other drugs/pube/resilncy/analysis.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/alcohol-other-drugs/pube/resilncy/analysis.htm)

Ao investigar as variáveis psicológicas na saúde e nas doenças, a Psicologia da Saúde interessou-se por questões claramente associadas à temática da resiliência. Por exemplo, Kobasa (1979; cit. por Ribeiro, 1993) constatou a existência de indivíduos que, sujeitos a elevados níveis de stress, não adoeciam, enquanto que outros, em situações de baixo nível de stress apresentavam patologia. No sentido de determinar as variáveis psicológicas que amortecem os efeitos dos acontecimentos de stressantes, o autor realizou uma investigação, na qual observou uma constelação de características que designou por “robustez” (*hardiness*). Esta constelação constituía um aspecto da personalidade dos indivíduos saudáveis em contextos de alto stress, isto é, dos indivíduos resilientes. Foram identificados vários componentes da robustez:

“empenhamento, que se expressa como uma tendência para o indivíduo se empenhar em tudo o que faz; controlo, que se expressa como uma tendência para se sentir, e para actuar, como se pudesse influenciar os acontecimentos; desafio, que se expressa como uma crença que a mudança, ao invés da estabilidade, é normal, e que a antecipação das mudanças é um incentivo para crescer em vez de uma ameaça à segurança” (Ribeiro, 1993, p.90).

Também Antonovsky (1984; 1987; cit. por Ribeiro, 1993, p.90) sugere a noção de “sentido de coerência” para se referir às características psicológicas que amortecem o impacto do stress. São estas características psicológicas que contribuem igualmente para o bem-estar dos indivíduos resilientes.

3.6 OS FACTORES PROTECTORES

3.6.1 Aspectos gerais

"A protective factor is one that moderates against the effect of a stressful on risk situation so that the individual is able to adapt more successfully than they would have had the protective factor not been present" (Masten, Best & Garmezy, 1990, cit. por Conrad & Hammen, 1993, p.594).

Os factores de protecção são aqueles que tendem a reduzir o risco e podem, muitas vezes, constituir prolongamentos das variáveis que se apresentam como factores de risco.

Segundo Garmezy (Garmezy, 1985; Masten & Garmezy, 1985; cit. por Rutter, 1990) podemos delinear três grandes categorias de variáveis que operam como factores protectores do desenvolvimento e que interagem com os factores de risco para ditar a trajectória desenvolvimental:

- Características intrínsecas da personalidade do indivíduo como a sua autonomia, auto-estima, competências sociais, capacidade intelectual, entre outras;
- Características associas à dinâmica familiar como a coesão familiar, a afectividade relacional ou a ausência de conflito;
- Os sistemas de suporte social externo oriundos do meio extra-familiar.

A lista de factores protectores de Garmezy é muito familiar na investigação sobre o risco enquanto antónimos das variáveis de risco. Por exemplo, uma elevada auto-estima protege o indivíduo, enquanto que uma baixa auto-estima coloca-o em risco.

Permanece, contudo, pouco clara a relativa importância dos aspectos pertencentes às três categorias e os processos através dos quais operam. A

identificação dos domínios dos factores protectores podem informar a intervenção, pela promoção dos recursos, tanto ao nível individual como comunitário.

Os factores atenuadores dos efeitos deletérios do stress podem ser classificados em duas categorias conceptualmente distintas:

- os factores compensatórios que operam de uma maneira simples, ajudando a incrementar o nível de competência; são também designados por alguns autores como factores de recurso, por não interagirem directamente com o risco na influência positiva que têm no desenvolvimento; são considerados o oposto dos factores de risco.

- os factores de protecção/vulnerabilidade que se envolvem interactivamente com o stress/risco, no sentido de prever a adequação/desadequação futura.

Tal como os factores de risco, também os factores protectores do desenvolvimento podem ocorrer em simultâneo. A investigação tem examinado factores como a auto-estima e o suporte social de forma independente, começando só ultimamente a olhar para as suas interrelações. Os dados longitudinais tornam-se necessários para a observação dos efeitos directos e indirectos de diferentes variáveis, ao longo do tempo.

Contudo, mesmo em dados obtidos transversalmente, devem ser consideradas as relações existentes entre os factores protectores identificados. Por exemplo, têm sido observadas em vários estudos (e.g. Cassidy, 1988), as fortes associações entre o auto-conceito positivo e o fácil acesso às redes de suporte social, o que poderá estar relacionado com a história desenvolvimental dos sujeitos, nomeadamente com as vinculações feitas ao longo do desenvolvimento que, se forem positivas e securizantes, levarão ao desenvolvimento de um sentido positivo do *self*. Saber que duas ou mais fontes de protecção estão positivamente correlacionadas levanta questões acerca das

origens destes relacionamentos. Em termos desenvolvimentais, coloca-se a hipótese de um factor estar relacionado de forma causal com o desenvolvimento de outro.

No processo de *coping* face ao stress existe a possibilidade de uma fonte de protecção poder ser substituída por outra. Contudo, pode também acontecer que os factores de protecção possam ser insubstituíveis, na medida em que as exigências de vários stressores podem invocar necessidades que terão de ser colmatadas por uma resposta ou factor protector particular.

Por exemplo, o estudo de Riley & Eckenrode (1986) mostra que a eficácia do suporte social em mulheres de zonas urbanas é dependente da presença ou ausência de outras variáveis que moderam o impacto do stress, como o estatuto socio-económico, a educação e o *locus* de controle. Quando o estatuto socio-económico e o nível educacional são baixos e o *locus* de controle é interno, o suporte social tem pouco impacto na atenuação dos efeitos do stress. Isto poderá significar que o suporte social em mulheres de fracos recursos implica alguns custos que não estão presentes quando o suporte social é oferecido em condições de elevados recursos. Segundo alguns autores (Husaini, Neff, Newdrough & Moore, 1982), o suporte social pode mesmo aumentar a vulnerabilidade ao stress na ausência de um sentido de competência pessoal. Desta maneira, torna-se clara a ideia de que um determinado factor pode funcionar como factor de risco ou como uma protecção do desenvolvimento, dependendo dos sujeitos, dos contextos de vida e do momento histórico em questão.

Os efeitos dos factores de risco e dos factores protectores co-ocorrem nas mesmas variáveis. Por outro lado, poucas variáveis têm só um efeito de risco e nenhuma delas tem só efeitos protectores. “...*protective and risk variables are merely opposite ends of the same variable*” (Stothamer-Loeber, Loeber, Farrington, Zhang,

Kamner & Maguien, 1993, p.683). Segundo os mesmos autores as variáveis “problemas comportamentais externalizáveis”, “problemas comportamentais com os colegas”, “desempenho escolar”, “medidas de relacionamento pai-criança” e os “padrões educativos parentais” apresentam-se igualmente com efeitos protectores e de risco. Outras variáveis têm predominantemente um efeito de risco, incluindo o déficit de atenção/hiperactividade, comportamento de oposição e desafio, as atitudes pouco adequadas das crianças, a percepção que a criança tem do stress parental e algumas variáveis demográficas. Neste estudo, a relação entre factores de risco e factores protectores para a delinquência apresentam-se mais acentuados com a idade. Os efeitos da idade estão associados a um aumento nos índices dos factores protectores que suprimem a delinquência grave, tendencialmente mais elevada na sua mostra de jovens mais velhos. Assim, os resultados sugerem que, com a idade, os factores protectores e de risco tendem a aparecer mais claramente associados, tanto na supressão da delinquência, como na sua atenuação.

3.6.2 Os factores intrínsecos ao indivíduo

Em relação a estes factores protectores podemos definir alguns traços da “personalidade resiliente”: auto-estima positiva, confiança, optimismo, sentimento de esperança, autonomia e independência, capacidade para combater o stress, sociabilidade, capacidade de lidar com uma variedade de emoções, atitudes positivas que permitem fazer face aos problemas, à sua resolução e à antecipação das consequências, desenvolvimento adequado para a idade e competência demonstrada por certos sinais como o sucesso escolar ou outros. Todos estes traços protectores começam a formar-se desde muito cedo. Alguns são de ordem genética, enquanto outros são fortemente influenciados pelas experiências familiares e do contexto social.

3.6.3 Os factores associados à família

Os factores de protecção associados à família adquirem uma enorme importância na medida em que esta constitui o universo mais determinante para a evolução das crianças, principalmente as mais novas. A investigação tem sublinhado a importância da família como factor de protecção na vida de crianças resilientes, particularmente se é unida, estável, desafiante e apoiante. Através da investigação sabemos que:

- uma relação estável, pelo menos com um adulto responsável ao longo da infância representa um factor importante de protecção;
- as relações estreitas de estabilidade e segurança que a família oferece constituem factores que reduzem as tensões psicológicas graves nas crianças jovens;
- o apoio e supervisão (por exemplo em relação ao rendimento e assiduidade escolar) são importantes factores de protecção. Contudo, o controle parental não é um factor de protecção se não for acompanhado e equilibrado com o interesse e a participação por parte dos pais.

3.6.3 Os factores associados à comunidade

Da mesma forma, a família alargada e a colectividade constituem sistemas vitais de apoio que adquirem um papel central nas crianças que se apresentam resilientes. A escola pode constituir um factor protector ou um factor de risco e representa para as crianças a primeira e mais importante influência depois da família. A experiência escolar representa um primeiro teste à autonomia, à confiança própria e à auto-determinação. Na escola as crianças resilientes aprendem bem, quando comparadas com outras crianças oriundas de meios com os mesmos antecedentes, estabelecem

relações interpessoais positivas com os professores e pares e estão mais vinculadas à escola.

A família alargada pode apoiar a criança, ajudando-a a sentir-se amada e oferecendo modelos de papéis ou aconselhando face às necessidades.

A colectividade em geral pode oferecer um apoio social estável e contínuo. Na colectividade as crianças podem encontrar os adultos que ajudam ao desenvolvimento da confiança, autonomia e iniciativa. A colectividade pode também dar apoio aos pais no seu papel de educadores, dando-lhes orientação formal ou informal. Pode ainda favorecer um clima de abertura à educação ou infra-estruturas de base, no seio das quais a vida familiar evolui (factores como o emprego, a supervisão das crianças e o conjunto de valores partilhados e desenvolvidos).

Identificar estes factores protectores por si só poderá resultar num conhecimento muito limitado. O interesse tenderá a orientar-se para os mecanismos e processos de protecção e assim fará mais sentido saber porque é que alguns indivíduos mantêm uma elevada auto-estima e auto-eficácia face a situações de adversidade que leva outros a desistir e a sucumbir. De igual forma, os estudos sobre a resiliência necessitam de ter por base o conhecimento dos mecanismos de risco. Sem este conhecimento, a resiliência corre, ela própria, o risco de se afastar do seu significado intrínseco (enquanto “qualidade invisível” que não se manifesta, excepto em situações de stress), traduzindo unicamente a ideia de que o indivíduo não experienciou de facto o factor ou a situação de risco.

3.7 PROCESSOS DE VULNERABILIDADE E PROTECÇÃO

O termo “mecanismo de protecção” é usado quando a “trajectória desenvolvimental”, previamente em risco, é alterada numa direcção positiva que leva a um resultado adaptativo. Os mecanismos de protecção *“refer to catalytic or reverse-catalytic effects by which a feature modifies the influence of some risk factor”* (Rutter, 1993, p. 630).

O termo “processo de vulnerabilidade” é usado quando uma trajectória de desenvolvimento, previamente adaptativa, é alterada numa direcção que leva a resultados disfuncionais. A mudança na “trajectória do desenvolvimento” é o foco de atenção mais pertinente nos processos de vulnerabilidade e protecção. São processos interactivos, baseados em cadeias de conexões e interacções ao longo do tempo. Podemos, se quisermos, considerá-las como pólos negativo e positivo do mesmo conceito, mas nunca de conceitos diferentes. A protecção não tem a haver com acontecimentos de vida agradáveis e com qualidades socialmente desejáveis do indivíduo. A investigação não se centra nos factores que fazem com que o indivíduo se sinta bem, mas nos processos que o protegem dos mecanismos do risco (a protecção associa-se às mudanças adaptativas que se sucedem a um *coping* bem sucedido).

Não existe uma única fonte de vulnerabilidade ou protecção. Muitos factores interactivos entram em jogo. Estes incluem não só predisposições genéticas individuais, expressas em aspectos relacionados com o temperamento e com a personalidade, mas também qualidades como as competências sociais e a auto-estima. A complexidade torna-se ainda maior quando todos estes aspectos se relacionam com uma enorme variedade de influências ambientais mais ou menos directas.

A diferença crucial entre processos de vulnerabilidade/protecção e mecanismos de risco é que estes levam directamente aos distúrbios, enquanto que os primeiros operam indirectamente e os seus efeitos aparecem em virtude das suas interacções com a(s) variável(eis) de risco. Tanto os efeitos da protecção como os efeitos da vulnerabilidade só são evidentes quando combinadas com a(s) variável(eis) de risco. Isto significa que os processos psicológicos envolvidos no risco e na protecção diferem em importantes aspectos. A principal característica reside no processo e não na variável.

“Protection does not reside in the psychological chemistry of the moment but rather in the ways in which people deal with life changes and in what they do about their stressful on this advantaging circumstances” (Rutter, 1993, p.630). É aqui dada atenção aos mecanismos subjacentes aos processos de desenvolvimento que levam o indivíduo a lidar de forma adaptada com stress futuro e aos mecanismos que o levam a superar as sequelas de adversidades psicossociais passadas.

Podemos delinear possíveis mecanismos de mediação que podem actuar nos processos de protecção:

-Através da redução do impacto do risco, quer pela alteração do significado do risco, quer pela alteração da exposição da criança à situação de risco. Sabemos que a maior parte dos factores de risco não são absolutos, estando dependentes da avaliação que o sujeito faz deles assim como do processamento cognitivo das suas experiências de vida. Quando há sucesso na adaptação com os processos de *coping* utilizados face aos acontecimentos de vida, a criança é capaz de lidar com esses acontecimentos, tendo em conta as suas capacidades e a sua situação social.

Na alteração da exposição da criança à situação de risco, a protecção advém das características da criança, da sua capacidade e das acções que implementa para se distanciar e para se expôr menos às situações de risco.

A redução do impacto do risco pode também dar-se pela ocorrência de acontecimentos de vida neutralizadores, com efeitos reparadores na auto-estima e na auto-eficácia da criança. O apoio social, por exemplo, associado à redução das exigências em determinadas tarefas pode igualmente alterar o significado do risco.

- Pela redução das cadeias de reacções negativas que se seguem à exposição ao risco e que servem para perpetuar os efeitos do risco. Estas cadeias de reacções são responsáveis pelos efeitos negativos a longo prazo, provenientes de experiências de risco.

- Pela promoção da auto-estima e da auto-eficácia. Estas duas dimensões são altamente influenciadas por dois tipos de experiências. Uma destas experiências são os relacionamentos seguros e harmoniosos. Os estudos revelam que as vinculações precoces seguras estão correlacionadas com uma boa auto-estima e elevada auto-eficácia, apesar de poucos estudos estabelecerem uma relação causal entre bons relacionamentos e alterações positivas na auto-estima e auto-eficácia. Estas duas dimensões são também alteradas por outro tipo de experiências que se prendem com o sucesso nas tarefas que a criança identifica como centrais, tendo em conta os seus interesses, sucesso este resultante da coadunação das tarefas com as capacidades de *coping* das crianças.

Os processos de vulnerabilidade e protecção devem ser examinados em termos dos efeitos situacionais e dos mecanismos interactivos ao longo do tempo, comparando situações de alto e baixo risco.

3.8 O KAUAI LONGITUDINAL STUDY

O Kauai Longitudinal Study (Werner, 1993) é paradigmático na área da psicopatologia desenvolvimental, ao analisar a resiliência, segundo uma metodologia longitudinal, pelo que achámos conveniente centrarmo-nos um pouco nas conclusões a que o autor chegou. O estudo teve como objectivo uma avaliação das consequências a longo prazo das complicações perinatais e das condições adversas no desenvolvimento dos indivíduos e sua adaptação. Este estudo foi efectuado numa ilha hawaiana durante cerca de 30 anos. As 614 crianças que constituíram a amostra, nascidas em 1955, estavam expostas a condições de stress perinatal, pobreza crónica e ambientes familiares complicados, caracterizados pela discórdia conjugal crónica e pela psicopatologia parental. O autor concluiu que uma em cada três crianças de alto risco é competente e funcional quando adulta.

Mesmo na primeira infância, as crianças resilientes suscitam uma atenção positiva dos membros da família e mesmo de estranhos. Aos 20 meses é evidente a sua autonomia e a tendência para procurar novas experiências. Trata-se de crianças com mais competências ao nível da comunicação, locomoção e competência de auto-ajuda, quando comparadas com outras crianças de alto risco que desenvolvem mais tarde sérios problemas de *coping*.

Na idade escolar, tanto os professores como os pais referem que estas crianças apresentam um leque mais alargado de interesses e envolvem-se em mais actividades e hobbies. À medida que vão progredindo ao longo da escolaridade, estes jovens desenvolvem um auto-conceito positivo e um *locus* de controle interno. As raparigas resilientes são particularmente mais assertivas e independentes quando comparadas com as outras raparigas.

Ainda segundo os resultados deste estudo, muitos dos rapazes e raparigas resilientes cresceram em famílias com 4 ou menos crianças, com o espaço de dois anos ou mais entre a criança resiliente e o irmão que nasce logo a seguir. Poucas destas crianças experienciaram separações prolongadas da sua figura de vinculação durante o primeiro ano de vida. Todas tiveram oportunidade de estabelecer uma relação próxima com um dos pais, do qual recebiam uma atenção positiva. Esta atenção foi, em alguns casos, fornecida por substitutos parentais, com um importante papel enquanto modelos positivos de identificação. O emprego da mãe e a necessidade de tomar conta de irmãos mais novos contribui para a vincada autonomia e sentido de responsabilidade das crianças resilientes do sexo feminino, especialmente nas condições de ausência paterna. Tanto os rapazes como as raparigas resilientes encontram suporte emocional em contextos extra familiares que aconselham e dão apoio nos momentos de crise. Quando estas crianças resilientes entram na vida adulta apresentam uma maior competência pessoal e determinação e um maior apoio do cônjuge ou companheiro. Quando são pais apresentam uma postura carinhosa e respeitam a individualidade dos seus filhos, ao mesmo tempo que fomentam a sua autonomia. Nota-se contudo, uma necessidade persistente de desvinculação destes jovens adultos em relação aos seus pais e irmãos, cujos problemas domésticos e emocionais ainda são percebidos como ameaçantes. Algumas destas jovens adultas dedicam-se simultaneamente às

exigências do casamento e maternidade e procuram activamente o sucesso na sua carreira profissional.

Este estudo evidencia o facto da presença de uma unidade familiar intacta na infância, especialmente na adolescência, constituir um factor protector major na vida dos jovens delinquentes incluídos na amostra, que não cometem ofensas no início da idade adulta. Uma minoria de indivíduos com problemas de saúde mental sérios durante a adolescência, continua a necessitar da ajuda dos serviços de saúde quando entram na sua terceira década de vida. Contudo, existem mais homens do que mulheres com problemas de saúde mental na adolescência que, quando adultos, apresentam maiores dificuldades em encontrar emprego, situações de divórcio e mais registos criminais. As fonte de apoio nos momentos de dificuldade são o cônjuge ou os amigos mais próximos. Perto de metade dos homens e dois terços das mulheres com problemas mentais na sua juventude, referem que o cônjuge tem um importante papel de suporte nas condições de stress da vida adulta. Dois terços dos homens e metade das mulheres dizem recorrer ao suporte emocional dos amigos mais próximos. O indivíduos caracterizados com problemas graves em vários domínios do desenvolvimento e em idades precoces apresentam um padrão de desajustamento mais estável na idade adulta, quando comparados com indivíduos que têm apenas uma área problemática.

No sentido de compreender as ligações entre factores protectores e a adaptação bem sucedida na idade adulta de crianças e jovens em situações de alto risco, este estudo identificou quatro *clusters* de factores protectores:

- Características comportamentais do indivíduo que o ajudaram, enquanto criança, a manifestar respostas positivas;

- Competências e valores que levam a uma utilização eficiente das capacidades que estas crianças têm (e.g. planos educacionais e vocacionais realistas e responsabilidades familiares);
- Características estilo educativo parental que promovem a competência e incrementam a auto-estima na criança;
- Adultos que dão apoio e fomentam a confiança.

Nesta investigação nota-se uma certa continuidade ao longo do ciclo vital dos homens e mulheres de alto risco no que concerne à forma adaptada como superam as adversidades experienciadas na infância. As suas disposições individuais levam-nos a seleccionar e construir contextos que, por sua vez, reforçam e mantêm as suas disposições activas e recompensam as suas competências. Existe, por exemplo, uma associação positiva entre o temperamento “fácil” na primeira infância e as fontes de suporte social às quais a criança pode recorrer ao longo de toda a infância. A análise dos efeitos a longo prazo da adversidade na infância e dos factores protectores nos jovens de alto-risco, mostra que alguns dos determinantes mais críticos na adaptação à vida adulta estão presentes na primeira década de vida.

Por exemplo, as interações parentais positivas com a criança estão associadas a uma maior autonomia e maturidade social aos 2 anos e uma melhor competência académica aos 10 anos. Por sua vez, a competência académica aos 10 anos está associada positivamente: - ao número de fontes de apoio, incluindo o suporte social fornecido

A um sentido de auto-eficácia aos 18 anos, está associado a um menor stress emocional em homens de alto-risco aos 32 anos. A auto-eficácia gera um maior

número de fontes de suporte emocional em mulheres de alto-risco no início da idade adulta (incluindo o suporte do cônjuge ou do companheiro).

Neste estudo também se verificou que os pais com um nível educacional mais elevado têm interações mais positivas com as suas crianças no 1º e 2º anos de vida e fornecem mais suporte emocional na infância, mesmo quando a família vive em condições de pobreza. O nível educacional dos pais está também associado a bons níveis de saúde, a um bom estatuto físico da criança aos 2 anos e à competência escolar aos 10 anos.

Verificou-se que todas as crianças resilientes deste estudo têm pelo menos uma pessoa que as aceita incondicionalmente, independentemente das suas idiossincrasias temperamentais, atractividade física ou inteligência. A sua auto-estima e auto-eficácia resultam são promovidas através destas e outras relações de suporte. Este dado é particularmente importante dado que *"the promotion of competence and self-esteem in a young person is probably one of the key ingredients in any effective intervention process"* (Werner, 1993, p.511).

4. AUTO-CONCEITO: RISCO/PROTECÇÃO

O auto-conceito, isto é, o conceito ou imagem que o indivíduo tem de si próprio, pode funcionar como factor de risco ou como factor protector do desenvolvimento, dependendo das circunstâncias, independentemente de se tratar de um auto-conceito positivo ou negativo, como poderemos constatar mais à frente.

Segundo Cicchetti et al. (1993) a auto-estima positiva é um aspecto responsável pela variância no funcionamento adaptativo nas crianças sujeitas a maus tratos. Apesar

de Cicchetti e outros autores associarem um bom auto-conceito a um desenvolvimento saudável, iremos ver que isso nem sempre acontece.

Hughes et al. (1997) realizaram um estudo com crianças agressivas e verificaram que estas crianças experienciam menos suporte e mais conflitos nas suas relações com os pais, professores e pares. Estas crianças referem níveis mais elevados de competência e aceitação social quando comparadas com crianças não agressivas. A percepção do *self* e dos outros é inconsistente com as informações que os outros dão. Sendo assim, as crianças agressivas têm modelos internos do *self* menos diferenciados e, à medida que a idade avança, a tendência para distorcer informação relevante na construção do *self* interfere com o desenvolvimento de modelos mais complexos do *self* e dos outros. Neste âmbito, um *self* positivo em vez de ter uma função protectora adquire um estatuto de risco nas crianças agressivas, em virtude da auto-percepção idealizada ou inflacionada. Os scores das crianças perturbadas na Escala de Harter (Harter, 1982), nos domínios da auto-estima global, domínio cognitivo, social e físico, apesar de significativamente mais baixos quando comparados com os scores de crianças resilientes, sugerem a relutância da maior parte das crianças com distúrbios para se percepcionarem a si mesmas de forma negativa. Esta percepção idealizada atinge outros significativos. Normalmente, a percepção que estas crianças têm da mãe é mais positiva do que a percepção de crianças não agressivas. Neste estudo, os autores verificaram que as percepções pouco rigorosas acerca do *self* e dos outros resultam de uma negação defensiva da informação que ameaça o seu sentido de segurança. As percepções idealizadas do *self* e dos outros implicam a negação das imperfeições do *self* e das relações negativas com os outros.

Curiosamente, as crianças classificadas como tendo uma vinculação segura (tendo por base o episódio de reunião da Situação Estranha de Ainsworth (Ainsworth,

1978) têm geralmente uma perspectiva positiva do *self*, mas admitem falhas pessoais. Em contraposição, as crianças classificadas como inseguras/evitantes são incapazes de admitir imperfeições e insistem na ausência de falhas pessoais nas entrevistas de avaliação da auto-estima (Cassidy, 1988). É interessante verificar que as crianças agressivas rejeitadas pelos pares *versus* crianças agressivas não rejeitadas pelos pares, referem níveis similares de aceitação e não diferem na sua tendência para apresentar percepções idealizadas do *self*. Assim, a agressividade, e não a rejeição por parte dos pares, parece estar mais associada a uma elevada auto-estima, sustentando a ideia do mau funcionamento nas regras de processamento de informação social.

Sroufe (1983; citado por Cassidy, 1988) concluiu que as crianças com uma vinculação segura na primeira infância apresentam uma auto-estima mais elevada, quando comparadas com crianças com uma vinculação insegura. Isto sugere que o modelo representacional das figuras de vinculação está associado ao modelo representacional do *self*. Sendo assim, a experiência das crianças com a figura de vinculação constitui uma potencial fonte de informação. Os componentes da figura de vinculação são incorporados no *self* através de processos de aprendizagem efectuados no contexto da relação. Cassidy (1988) concluiu que existem associações entre a qualidade da vinculação e a representação do *self* nas crianças. As crianças classificadas com uma vinculação segura apresentam relacionamentos íntimos e afectuosos com a mães no episódio de reunião (segundo o procedimento da Situação Estranha de Ainsworth). Estas crianças descrevem-se a si próprias de uma forma positiva e têm a capacidade para admitir imperfeições, o que reflecte uma aptência para explorar e revelar aspectos fortes e fracos do *self*. Como estas crianças toleram imperfeições do seu *self*, têm também uma maior capacidade para tolerar o stress. As crianças classificadas como inseguras/evitantes apresentam uma idealização defensiva

do *self* e da figura de vinculação. Torna-se assim claro que uma elevada auto-estima nem sempre está associada a um desenvolvimento sem problemas. A insistência na perfeição pode ser vista, uma vez mais, como um mecanismo de defesa. Se as crianças evitantes experienciaram uma certa rejeição pela figura de vinculação, é sensato aceitar a sua relutância em reconhecer ou admitir quaisquer imperfeições que podem levar a mais rejeições futuras. Este estudo apresenta dados claros que evidenciam a relação entre a qualidade da vinculação e as respostas das crianças acerca do seu *self*. Apesar de alguns estudos mostrarem que a qualidade da interacção mãe-criança determina a qualidade da auto-estima, o inverso também pode ser possível. Uma criança com uma baixa auto-estima pode dificultar a manutenção de uma boa relação com a mãe. Isto significa que a baixa auto-estima pode ser a causa e não o efeito da qualidade de relacionamento. Convém também ter presente que a relação de vinculação da criança e a sua auto-estima pode ser influenciada por outro tipo de variáveis. Por exemplo, uma baixa performance numa dada área de funcionamento pode reflectir uma baixa auto-estima da criança e um pobre relacionamento com a mãe. Também as características da criança e da figura de vinculação influenciam determinantemente a qualidade da relação. Os resultados deste estudo evidenciam a relação entre vinculação e auto-estima, mas deixam em aberto os mecanismos subjacentes a esta relação que, segundo os autores, deverão ser especificados em investigações futuras.

Noutro estudo sobre a vinculação, Dodge & Sonberg (1987) sugerem que os rapazes com comportamentos agressivos apresentam um padrão de atribuições hostis, quando avaliam as interacções com os pares, apresentando um déficite na interpretação das intenções dos outros e um déficite na ligação dessas interpretações às respostas comportamentais. Estes déficits são inflacionados em situações de ameaça ao *self* e em condições de ansiedade social. Os resultados deste estudo sugerem importantes

diferenças entre rapazes agressivos e não agressivos (com idades entre os 8 e os 10 anos), no que diz respeito aos padrões de processamento de informação social. Os rapazes agressivos apresentam menos competências na interpretação adequada das intenções dos pares. Os resultados evidenciam também que as condições ambientais estimulam potenciais conflitos com os pares e que as situações de ameaça têm um efeito debilitante na interpretação social em rapazes agressivos. Mais uma vez, detectamos insuficiências no processamento de informação, com todas as implicações que têm na construção do auto-conceito. Estes rapazes poderão ter aprendido em experiências prévias que o afecto negativo do seu *self* está associado à hostilidade dos outros. Sendo assim, os autores sugerem a investigação das histórias de aprendizagem social nas crianças agressivas e não agressivas, no sentido de identificar fontes de experiências que alteram os esquemas de atribuições nas crianças.

Os estudos sobre a depressão sugerem que as atribuições negativas do *self* conferem vulnerabilidade e que os acontecimentos de vida stressantes, associados a uma baixa auto-estima, são os melhores predictores da depressão major (Andrews & Brown, 1993). A baixa auto-estima actua como um factor de vulnerabilidade uma vez que está associada ao risco para a depressão, durante um ano após ter ocorrido a situação de crise.

A auto-estima deriva das avaliações subjectivas dos diferentes aspectos do auto-conceito, avaliação esta filtrada por mecanismos de comparação social e pela percepção de auto-atribuições. A avaliação subjectiva do *self* é mais sensível aos índices de adversidade social, conhecidos por constituírem factores de risco para a depressão. Andrews & Brown (1993) sugerem que “... *past childhood adversity may affect current self-evaluation specific areas*” (p.570).

Panak & Garber (1992) sublinham que os melhores predictores da depressão são a fraca aceitação social percebida, o aumento da rejeição dos pares e a tendência para atribuições causais internas, estáveis e globais para os acontecimentos de vida negativos.

Spencer, Cole, DuPree, Glymph & Pierre (1993) realizaram um estudo longitudinal com 562 adolescentes no sentido de investigar os métodos de *coping*, avaliados através da performance académica e da auto-estima académica. Os predictores da performance académica, para os rapazes, são a auto-estima académica e o nível de educação materno; para as raparigas são, para além da auto-estima académica e do nível de educação paterno, a baixa satisfação parental com a vida e a percepção que os adolescentes têm dos conflitos familiares. Os predictores da auto-estima académica nos rapazes são o nível educacional materno, os acontecimentos de vida negativos e a percepção que têm dos conflitos familiares; para as raparigas são apenas os acontecimentos de vida negativos e a percepção dos conflitos familiares. Assim, a auto-estima académica interage com uma panóplia de factores e pode funcionar como factor de risco ou como factor de protecção para o desenvolvimento saudável, pela sua influência nos processos de *coping* utilizados pelos adolescentes.

5. INTELIGÊNCIA: RISCO/PROTECÇÃO

A inteligência é um dos atributos pessoais da criança que mais tem sido estudado em termos da seu papel nos processos de vulnerabilidade/protecção do desenvolvimento.

A capacidade intelectual está também associada com a competência escolar em crianças e adolescentes de alto risco (Luthar & Zigler, 1992, p.289). Bergman & Walker (1995), partiram do pressuposto de que uma elevada capacidade cognitiva

pode proteger a criança do stress ambiental, enquanto que os déficits cognitivos reduzem a capacidade para lidar com o stress. No que diz respeito ao funcionamento cognitivo, os autores constataram um Q.I. mais baixo nas crianças sujeitas a maus tratos, não se verificando, contudo, diferenças significativas entre os outros grupos de alto risco (risco associado à esquizofrenia parental ou outros distúrbios psiquiátricos parentais) e o grupo de crianças normais.

Contudo, a inteligência nem sempre constitui um factor protector face a condições de risco, estando muitas vezes envolvida no chamados processos de vulnerabilidade (Luthar, 1991). Por exemplo, a superioridade das crianças inteligentes no desempenho das actividades escolares só se verifica quando experienciam baixos níveis de stress. Desta forma, a adaptação resulta das interacções entre a inteligência e os stressores. Em situações de elevado stress, a inteligência tem um papel protector no desenvolvimento na medida em que implica mais competências nos processos de *coping* e de resolução de problemas, o que permite à criança avaliar melhor as consequências dos seus comportamentos, tolerar a frustração e conter impulsos. A inteligência também opera como factor de vulnerabilidade, levantando a hipótese das crianças mais inteligentes terem níveis mais elevados de sensibilidade aos contextos, incluindo os contextos disfuncionais.

Radke-Yarrow & Brown (1993), num estudo longitudinal de dez anos concluíram que as crianças perturbadas têm Q.I.'s significativamente mais baixos do que as crianças resilientes e do que as crianças do grupo de controle.

Medina & Arratia³ realizaram uma investigação para observar os efeitos das variáveis psicossociais (culturais) sobre o desenvolvimento psicológico e inteligência (Q.I.) das crianças. Os resultados indicam que as mães consideradas em situação de

³ <http://bugs.invest.uv.mx/~cancer/revista/rev0702.htm>

vida actual. As crianças de baixo risco psicossocial apresentam diferenças significativas (a seu favor) em relação ao nível de desenvolvimento do seu coeficiente intelectual, tanto nas provas que implicam competências verbais como nas provas de realização, como ainda nos coeficientes de inteligência total, quando comparadas com crianças de elevado risco psicossocial. Os pais que percebem de forma mais positiva a sua vida actual tendem a ter filhos com um nível de inteligência mais elevado do que os pais que percebem a sua vida de maneira menos positiva. Os sujeitos que vivem em contextos mais desfavoráveis, com uma baixa qualidade de vida, têm uma melhor pontuação na sua inteligência de realização. Isto pode ser facilmente explicado, uma vez que o ambiente psicossocial em que estão envolvidos cria a necessidade de uma interacção mais operativa e objectiva com este. Por outro lado, as crianças que vivem em ambientes mais favoráveis, interagem com o meio de uma forma mais abstracta, razão pela qual obtêm pontuações mais altas no seu Q.I. verbal. Assim, as pessoas que percebem a sua vida de forma mais satisfatória e estimulante, têm um afecto positivo sobre os seus filhos, os quais apresentam um nível de inteligência superior. Esta e outras investigações apontam para o facto de que as diferenças culturais que influenciam a inteligência das crianças se transmitem no núcleo familiar. Os estímulos ambientais que influenciam o desenvolvimento da inteligência passam pelo controle e organização que a família tem sobre os seus membros. Os membros da família oferecem à criança oportunidades de interacção com modelos de imitação, modelos estes que, segundo a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura (1985) influenciam de forma significativa os aspectos cognitivos do desenvolvimento. Concluindo, tanto a qualidade de vida como o risco psicossocial influenciam consideravelmente o desenvolvimento psicológico e as capacidades intelectuais das crianças, com todas as suas repercursões no desenvolvimento futuro.

Vários autores (e.g. Bergman & Walker, 1995) analisaram as funções cognitivas de crianças em risco para a psicopatologia. Seleccionaram um grupo de crianças de pais esquizofrénicos, um grupo de crianças com pais com psicopatologia não esquizofrénica, um grupo de crianças sujeitas a maus tratos parentais e um grupo de controle. Só no grupo de crianças mal tratadas é que se verifica efeito significativo no Q.I. e na atenção, estando estes aspectos cognitivos francamente deficitários. A interacção inteligência x pais esquizofrénicos é significativa, pelo que a inteligência modera a relação entre esquizofrenia parental e o comportamento esquizóide nas crianças. A uma baixa inteligência estão associados altos níveis de comportamento esquizóides, só no grupo de risco para a esquizofrenia, mas não para os outros grupo. A interacção maus tratos x inteligência é significativa no aparecimento da delinquência. Neste grupo, a uma baixa inteligência está associado um maior risco para os comportamentos delinquentes. A correlação negativa entre isolamento social e inteligência só faz sentido para o grupo de controle.

Um elevado Q.I. tem uma função protectora contra a criminalidade. Existe evidência de que o Q.I. tem um efeito protector em rapazes e raparigas em risco para os comportamentos criminais. *"(...) in both low and high risk groups of girls and boys, an average or better IQ is associated with failure to demonstrate relatively serious and stable delinquency in adolescence. (...) a very high IQ may help boys, even those at risk, to stay completely free of delinquency"* (White, Moffitt & Silva, 1989, p.723). Os delinquentes, rapazes ou raparigas apresentam scores ao nível do Q.I. significativamente mais baixos do que os adolescentes não delinquentes (White, Moffitt & Silva, 1989). Os rapazes de alto-risco apresentam um elevado risco para a delinquência, mas os indivíduos deste grupo que não se tornam delinquentes apresentam uma média mais elevada nos scores verbais e de realização na Escala de

Inteligência de Wechsler para Crianças-Revista (Wechsler, 1974). Contudo, a média mais elevada do Q.I. é encontrada nos sujeitos de baixo risco não delinquentes. As raparigas delinquentes apresentam Q.I.'s significativamente mais baixos do que as raparigas não delinquentes. O efeito da delinquência é claro nos dois grupos de risco (alto e baixo), especialmente nos rapazes. Levanta-se a hipótese das raparigas serem intelectualmente mais resilientes aos comportamentos desviantes (apresentando, por exemplo menos dificuldades de aprendizagem). Outros estudos fazem referência às associações entre delinquência/comportamento anti-social e o baixo rendimento escolar (Farrington, 1987,; Robins & Hill, 1966; cit. por Yoshikawa, 1994, p.33), o baixo Q.I. (Gottfredson, 1981; McGee et al., 1984; Wolfgang et al., 1972; cit. por Yoshikawa, 1994, p.33) e as fracas capacidades verbais (McGee, Williams, Share, Anderson & Silva, 1986; Richman, Stevenson & Graham, 1982; cit. por Yoshikawa, 1994, p.33). Também no Kauai Longitudinal Study (Werner, 1993), o desenvolvimento linguístico apropriado (indicador do desenvolvimento dos processos de pensamento), aos 2 e 10 anos, constitui um factor protector da delinquência futura em crianças de alto risco.

6. O PAPEL DAS EXPECTATIVAS POSITIVAS ACERCA DO FUTURO

As expectativas futuras estão relacionadas com a regulação do afecto, mas também com as auto-representações (e.g. auto-estima e competência percebida e com o ajustamento escolar (social e académico)). As expectativas positivas acerca do futuro predizem o ajustamento socio-emocional na escola, em crianças com 9-11 anos, e um *locus* de controle mais interno em 2 ½ a 3 ½ anos mais tarde (Wyman, Cowen, Work,

Kerley, 1993). As expectativas positivas estão relacionadas negativamente com a ansiedade e a depressão mas estão positivamente relacionadas com as auto-avaliações de competência e com um *locus* de controle interno. As crianças resilientes têm normalmente expectativas positivas acerca do futuro. As expectativas positivas precoces influenciam o ajustamento futuro, mas não se conhecem os processos subjacentes a esta influência. As expectativas podem determinar a maneira de como as crianças estruturam os seus ambientes, no modo como evocam as respostas dos outros e na forma como seleccionam os contextos e as pessoas nas suas interacções. No ajustamento socio-emocional e no *locus* de controle, as expectativas positivas actuam como factor compenstório (Master et. al., 1988), incrementando o ajustamento, independentemente do nível de stress experienciado. Contudo, as expectativas positivas relacionam-se como os resultados de competência percebida só nas crianças com elevados níveis de stress, funcionando como um factor protector face à adversidade. Como vemos, a auto-estima e a competência percebida fazem parte de uma matriz na qual interagem outras variáveis, nomeadamente as expectativas acerca do futuro. Será, eventualmente, por esta razão que as crianças resilientes têm uma elevada auto-estima e portanto expectativas positivas acerca do futuro ou vive-versa.

7. VINCULAÇÃO : RISCO/ PROTECÇÃO

O comportamento da criança é uma parte do sistema de comunicação com o ambiente que cuida e protege. Trata-se de um sistema dinâmico e diádico no qual o feed-back de cada uma das partes regula o sistema na sua totalidade e assegura os resultados normais do desenvolvimento. No entanto existem oportunidades para o sistema falhar e para colocar o normal desenvolvimento da criança em risco. O sucesso do sistema resulta da capacidade de comunicação da criança e da capacidade dos pais

para interpretarem, de forma apropriada, as suas mensagens. *"Behaviors are viewed as interdependent components of a spiral of recursive feed-back loops. The behavior of person A influences the behavior of person B, which influences the behavior of person A, and so forth"* (Henggeler & Borduin, 1990, p.14).

Uma área de estudo fortemente documentada diz respeito ao padrão de vinculação, cujo papel deve ser referenciado nos processos de resiliência e vulnerabilidade. A vinculação fornece a satisfação das necessidades físicas e de segurança face a um ambiente complexo e potencialmente perigoso. Se a vinculação for segura, existe uma base segura através da qual a criança explora o ambiente e à qual regressa sempre que ameaçada. Quanto mais segura for a vinculação maior a predisposição para a interacção com o mundo físico o social.

O foco na vinculação como um aspecto saliente do desenvolvimento durante a primeira infância tem levado à proliferação de estudos que abordam a associação entre a vinculação e o desenvolvimento socio-emocional, e suas implicações futuras. A investigação tem mostrado, de uma maneira geral, que uma vinculação mal sucedida pode ter consequências no funcionamento psíquico e emocional a longo prazo. As crianças com uma vinculação segura⁴ aproximam-se de tarefas de resolução de problemas de uma forma mais positiva e com uma maior persistência; são mais empáticas, menos conflituosas e, geralmente, mais competentes nos relacionamentos com os adultos e com os pares. As crianças com uma vinculação insegura⁵ têm comportamentos mais hostis e distantes e são mais dependentes. Estes aspectos podem

⁴ Vinculação segura- *"The type of relationship between infant and principal caregiver in which the infant is able to rely on the emotional and physical availability of the caregiver and the caregiver's sensitive response to his or her needs, and so can use the caregiver as a secure base from which to explore"* (Sroufe et al, 1996, p.220).

⁵ Vinculação insegura- *"Type of relationship between infant and principal caregiver in which the infant is not able to rely on the emotional and physical availability of the caregiver as a secure base from which to explore"* (Sroufe et al, 1996, p.220).

estender-se à adolescência e idade adulta, interferindo de forma significativa com os relacionamentos sociais e com as atitudes básicas face à vida. A investigação tem demonstrado que relações de vinculação deficitárias (que normalmente caracteriza as situações de abuso físico ou sexual e de negligência) são importantes factores de risco para os distúrbios mentais, como é o caso de distúrbio de personalidade *borderline*. A investigação sugere também que a vinculação insegura na primeira infância é um bom predictor de problemas futuros, como é o caso das dificuldades de relacionamento com os pares, apesar de alguns autores não corroborarem com esta ideia, como veremos mais à frente. Comparando crianças com uma vinculação insegura aos doze meses com crianças seguras da mesma idade, verifica-se que estas são mais resilientes e cooperativas e mais aptas a comportamentos de liderança aos três e aos seis anos. A investigação tem mostrado, com algum grau de incerteza, que a vinculação segura promove a flexibilidade e o entusiasmo na abordagem dos problemas, promove a força do eu e promove a resiliência. Os padrões de vinculação insegura estão associados a comportamentos agressivos e hostis em rapazes, mas podem constituir padrões de vinculação adaptativos em algumas condições.

Os mecanismos que ligam a vinculação à resiliência ou vulnerabilidade futuras são ainda desconhecidos. A investigação da vinculação em famílias de alto risco é especialmente provocatória no que diz respeito aos referidos mecanismos. De facto, numa grande variedade de contextos familiares multi-risco, encontram-se vinculações seguras e inseguras. Radke-Yarrow et al. (1995) examinaram o papel da vinculação em relação a condições stressantes e em relação aos relacionamentos familiares. Os autores sugerem que a qualidade da vinculação não permite fazer previsões directas e significativas a cerca dos problemas infantis aos 6 e 9 anos. Através desses estudos, constatarem que o padrão de vinculação não difere de forma significativa, de acordo

com a presença ou ausência de vários stressores contextuais (conflito parental, perda emocional ou distúrbios relacionais). Por exemplo, a doença afectiva das mães (e.g. depressão) não está positiva e significativamente associada à vinculação segura, apesar da vinculação insegura ter uma maior prevalência em mães com doença afectiva bipolar, quando comparadas com mães sem patologia. No mesmo estudo, não foram encontradas diferenças no padrão de vinculação, tendo em conta a variável sexo da criança. Somente a psicopatologia das mães a perda de outros significativos parecem estar associados com o funcionamento disfuncional da criança. O stressores estão particularmente associados com a depressão aos 6 anos e com elevados níveis de ansiedade e comportamentos disruptivos aos 9 anos. Os resultados deste estudo mostram, de forma evidente, que a vinculação segura, muitas vezes associada à ausência de psicopatologia, nem sempre funciona como factor de protecção. O funcionamento da criança é influenciado pelas interacções com a doença afectiva da mãe, pelo que, o padrão de vinculação insegura, no contexto da doença afectiva bipolar da mãe aparece, pelo menos num determinado estágio de desenvolvimento, como um factor protector. A vinculação segura, no contexto da doença unipolar grave da mãe, aumenta a vulnerabilidade para certos tipos de problemáticas comportamentais. Contudo, a vinculação insegura das crianças cujas mães apresentam patologia afectiva bipolar, apesar de protegê-las da ansiedade aos 6 anos, pode resultar em posteriores problemas ao nível dos relacionamentos íntimos.

Todos estes aspectos sublinham o facto da vinculação não ter um efeito directo nos aspectos clínicos do funcionamento da criança, mas adquirir um papel fulcral na sua interacção com múltiplos factores, nomeadamente com a psicopatologia materna. Em determinadas situações críticas, a vinculação segura pode não constituir uma protecção para todas as crianças e a vinculação insegura pode trazer benefícios para

algumas delas, tendo em conta que existem oportunidades, ao longo do desenvolvimento, para modificações radicais na relação mãe-criança.

Greenberg, Deklyen, & Endriga (1991) investigaram o padrão de vinculação em crianças com problemas externalizáveis e crianças sem problemas. As mães das crianças com problemas relatam níveis mais elevados de stress psicológico, menos satisfação geral com a vida, mais acontecimentos de vida negativos e menos satisfação matrimonial. Os autores verificaram que, contrariamente ao grupo de crianças normais, as crianças com problemas externalizáveis, classificadas com uma vinculação segura, estão mais tempo sem a figura de vinculação e pertencem a famílias com mais crianças. Por seu lado, a satisfação com os relacionamentos interpessoais é preditora de uma vinculação segura no grupo de comparação, mas não nas famílias do grupo clínico. Tendo em conta estes dados, levanta-se a hipótese dos rapazes com problemas de comportamento externalizáveis e com padrões de vinculação insegura/controlada, terem menos problemas de comportamento e um melhor prognóstico, do que os rapazes do grupo clínico com uma vinculação segura ou com uma vinculação insegura evitante. O padrão de vinculação insegura/controlada, não observável no sistema de classificação da primeira infância de Ainsworth, deriva dos trabalhos de Main & Cassidy (1988, cit. por Greenberg et al., 1991) e caracteriza-se por um esforço organizado da criança para controlar o comportamento dos pais no episódio de reunião após a separação, através da hostilidade ou comportamentos punitivos, ou através de formas menos subtis usadas para guiar e direccionar os pais. Verificou-se que as crianças do grupo clínico tendem a ter mães com dificuldades meta-cognitivas na abordagem dos seus próprios relacionamentos de vinculação e das suas figuras de vinculação. Apesar desta vulnerabilidade no estatuto materno, os rapazes do grupo inseguro/controlado podem apresentar ajustamento comportamental em condições

estáveis por uma série de razões: os seus sintomas podem relacionar-se exclusivamente com os factores da relação diádica, o que pode não acontecer com os outros grupos clínicos com vinculação insegura; podem ser mais adaptados, facto evidenciado pelos seus esforços para controlar a relação, na qual a figura de vinculação se mostra incapaz de liderar e dar estrutura relacional. Os autores referem que as crianças seguras que fazem parte do clínico podem apresentar esses comportamentos de liderança e de controle na relação com a figura de vinculação, na sequência de exacerbações temporárias de stress familiar. Concluindo, em alguns casos, a vinculação insegura na primeira infância pode constituir um factor de risco que faz parte de um processo multicausal que leva a futuros problemas de comportamentos. Noutros casos, a vinculação insegura pode ser secundária e não se relacionar com os problemas actuais, não estando incluída na etiologia, mas sim funcionando como um factor protector que atenua mais distúrbios ou actua no processo de tratamento. Estes dados permitem delinear trajectórias de desenvolvimento para as crianças com sintomatologia similar, mas com diferentes etiologias e circunstâncias familiares.

A literatura referencia vários estudos realizados para analisar factores de risco relativos às crianças e às famílias nos primeiros anos de vida e o seu valor preditivo dos comportamentos internalizáveis e externalizáveis em idade escolar.

Os comportamentos agressivos têm sido associados aos padrões de vinculação insegura na primeira infância, à adversidade familiar, às disciplinas coercivas e às características intrínsecas às crianças, como sejam o temperamento ou as dificuldades neuropsicológicas (Greenberg, Speltz & DeKlyen, 1993, citados por Lyons-Ruth, Easterbrooks & Cibelli, 1997, p.681).

Os estudos sobre a vinculação têm sugerido um aumento da incidência dos padrões de vinculação desorganizada⁶ em famílias de risco psicossocial, estando este aumento associado à saliência do risco familiar. *"More recently, developmentalists have turned their attention to groups of mothers and infants at elevated risk for difficulties in achieving a secure and responsive interactive partnership (...) because (...) social and psychological stress within the family"* (Osofsky, Culp & Eberhart-Wright, 1985; Radke-Yarrow, Cummings, Kuczyuski & Chapman, 1985; Spieker & Booth, 1985; cit. por Lyons-Ruth, Connell, Zoll & Stahl, 1987, p.223).

O padrão de vinculação inseguro/evitante⁷ tem sido frequentemente apontado como um predictor de problemas comportamentais futuros. *"Sroufe (1983) found that insecure attachment predicted teacher ratings of behavior problems in preschool in a disadvantaged, high-risk group that had a larger than usual number of children who had been classified as insecure during infancy"* (Fagot & Kavanagh, 1990, p.864).

No entanto, as diferenças entre crianças inseguras/evitantes e crianças seguras, em termos de comportamentos futuros, são pequenas e dependem da fontes de informação (Fagot & Kavanagh, 1990). Os professores consideram que as raparigas classificadas como inseguras/evitantes são as crianças mais difíceis de lidar e apresentam relacionamentos mais pobres com os pares. Este dado pode ser visto como um desvio em relação àquilo que é esperado para o comportamento infantil feminino. Quando a criança é uma rapariga evitante, o seu comportamento desvia-se do esteriótipo do comportamento feminino, razão pela qual os professores podem considerar estes comportamentos mais problemáticos do que se fossem observados em rapazes. Pode-

⁶ Vinculação desorganizada- *"A sub-type of anxious attachment in which infants show contradictory features of several patterns of anxious attachment or become dazed and disoriented in a experimental situation in which the caregiver briefly leaves them with a stranger"* (Sroufe, et al., 1996, p.221).

⁷ Vinculação insegura/evitante- *"A sub-type of anxious attachment in which infants readily separate from the caregiver but, when the caregiver returns after a short separation, either ignore the caregiver or show other signs of active avoidance"* (Sroufe, et al., 1996, p.221).

se dizer que as raparigas evitantes violam duplamente as expectativas do comportamento do aluno e do comportamento feminino. Sendo assim, as informações dos professores são mediadas pelas suas expectativas e não evidenciam necessariamente o desenvolvimento de problemas comportamentais nas crianças.

Os resultados do *Minnesota High Project* (e.g. Egeland, Kalkoska, Gottesman & Erikson, 1990; Erikson, Sroufe & Egeland, 1985; Sroufe, Egeland & Kreutzer, 1990; cit. por Greenberg, Speltz, Deklyen & Endriga, 1991, p.414) indicam que as vinculações inseguras ao longo da infância estão associadas a problemas comportamentais futuros de natureza externalizável, especialmente nos rapazes que experienciaram acontecimentos de vida negativos e cuidados parentais hostis ou negligentes, após o período da primeira infância. Estes resultados sustentam o modelo transaccional de Sameroff (1975), no qual a insegurança não é vista como sinónimo de distúrbio, mas como um factor de alto risco que interage com outras vulnerabilidades da criança e da ecologia ambiental.

A Teoria da Vinculação pode também oferecer explicações para o desenvolvimento de estratégias de *coping*⁸ para lidar com os contextos familiares. As respostas de *coping* podem ser vistas como padrões comportamentais que tipificam a resposta dos indivíduos face às exigências do meio, estando portanto dependentes quer do tipo de experiências ambientais, quer do próprio desenvolvimento das crianças. Assume-se que, se as experiências adversas ocorrerem em períodos precoces de vida, as estratégias de *coping* são menos sofisticadas. A Teoria da Vinculação propõe o constructo de modelo representacional interno do *self* e dos outros, constructo este que pode explicar o desenvolvimento de várias estratégias de *coping* e permite

⁸ Os processos de avaliação reflectem os aspectos cognitivos na avaliação da significância pessoal de uma situação, deixando transparecer as narrativas pessoais associadas aos acontecimentos. Os processos de *coping* determinam as respostas comportamentais ou cognitivas que protegem o indivíduo de ser psicologicamente ameaçado por experiências sociais problemáticas.

compreender as inconsistências comportamentais em diferentes situações. Segundo esta teoria (e.g. Bowlby, 1980, 1982), a relação que a criança estabelece com a figura de vinculação fornece uma base de expectativas acerca da natureza do mundo social e acerca das capacidades do *self*. Através da vinculação, a criança consolida as representações internas do *self* e das relações, representações estas que guiam o afecto, a cognição e o comportamento. As representações internas funcionam como um mecanismo de coerência na adaptação, influenciando o desenvolvimento das estratégias de *coping* face ao stress. O modelo representacional interno permite então à criança organizar as experiências e a sua resposta às experiências. Por exemplo, a capacidade para prever a hostilidade materna (com consequente inibição afectiva e comportamental por parte da criança) protege as crianças sujeitas a abusos de mais violência. Contudo, esta estratégia para lidar com a hostilidade materna pode ter consequências negativas a longo prazo, uma vez que a criança é obrigada a negar ou a reprimir emoções intensas. Crittenden (1992) estudou as estratégias de *coping* utilizadas por crianças maltratadas (abusadas e negligenciadas) e por crianças normais. As crianças abusadas tendem a ter um temperamento mais difícil durante o primeiro ano de vida, mas posteriormente, inibem o seu comportamento negativo a favor de comportamentos mais cooperativos e de queixas frequentes. No episódio de separação da Situação Estranha de Ainsworth (1978), tendem a apresentar comportamentos evitantes ou evitantes/ambivalentes. As estratégias que as crianças utilizam para lidar com as experiências de abuso e com os sentimentos de medo, raiva e rejeição, consistem em comportamentos de cooperação e inibição emocional para com a mãe, e na expressão directa de hostilidade para com os irmãos. As crianças que são simultaneamente abusadas e negligenciadas são as menos cooperativas com as mães e na situação de separação são evitantes e evitantes/ambivalentes. Com os irmãos

tendem a entrar em conflito, mais do que qualquer outro grupo de crianças. O seu comportamento parece ser menos consistente e menos auto-controlado, quando comparadas com crianças que são unicamente abusadas. As crianças negligenciadas apresentam um comportamento consistente em diferentes situações. São as crianças mais passivas para com as mães, apresentam comportamentos evitantes ou evitantes/ambivalentes nas situações de separação e isolam-se dos irmãos. As crianças bem adaptadas apresentam um padrão de *coping* baseado, de uma forma constante, nas interações recíprocas e cooperativas com os outros. São crianças com uma vinculação segura nas situações de separação e interagem pacificamente com os irmãos. Pode-se concluir que as estratégias de *coping* variam com o tipo de maus tratos e com as situações (e.g. interação com a mãe ou com os irmãos). Contudo, também variam em função da idade da criança. As mudanças nas estratégias de *coping* parecem estar relacionadas com o aumento das competências cognitivas das crianças, como por exemplo a capacidade para construir e utilizar representações mentais e a capacidade para formar expectativas face aos acontecimentos. As únicas crianças que não mostram esta sofisticação das estratégias de *coping* com a idade são as crianças negligenciadas. A Teoria da Vinculação sugere que os modelos representacionais do *self* e dos outros promovem o comportamento adaptativo a curto prazo, quando facilitam o comportamento que resulta na protecção da criança. Estes modelos são adaptativos a longo prazo quando são susceptíveis de serem revistos em função de novos *inputs* informativos e quando promovem comportamentos que resultam em respostas de suporte por parte dos outros.

Lyons-Ruth & Connell (1987) constataram que as mães de crianças maltratadas são mais hostis e interferem de forma mais evidente nos comportamentos das suas crianças no contexto familiar, quando comparadas com mães que não sujeitam as suas

crianças a maus tratos. As crianças maltratadas são mais evitantes com as mães no procedimento da Situação Estranha de Ainsworth (1978). As crianças que nessa situação apresentam um comportamento resistente face às aproximações das mães têm, em geral, mães menos comunicativas verbalmente, enquanto que as crianças que apresentam um comportamento evitante têm mães mais hostis. As mães das crianças resistentes obtêm scores mais baixos nas medidas de interacção recíproca e envolvimento materno; as mães de crianças seguras apresentam scores médios ou moderados; as mães de crianças evitantes obtêm os scores mais elevados nestas dimensões. Isto pode querer dizer que as crianças resistentes são muito pouco estimuladas e que as suas mães são menos responsivas ao seu mal-estar e necessidades. Por seu lado, as crianças evitantes são sujeitas a uma elevada estimulação insensível, que vai muito pouco ao encontro das necessidades da criança. *"Although parents of children with behavior problems may show deficiencies in strategies for child control/discipline (Paterson, 1986), a more fundamental problem may be their inability to be sensitive and responsive to their child's needs for security and attention"* (Greenberg, Speltz, Deklyen, Endriga, 1991).

Estudos recentes evidenciam a relação entre situação de maus tratos e comportamento de vinculação, encontrando uma baixa incidência de vinculações seguras em crianças maltratadas.

Easterbrooks, Davidson & Chazan (1993) examinaram o papel do risco ambiental e dos factores protectores, como a vinculação segura e inteligência verbal, na adaptação de crianças em idade escolar. Encontraram uma proporção mais elevada de vinculações inseguras e de problemas de comportamentos em populações de risco, de baixo nível socio-económico. A vinculação segura está, segundo este estudo, presente nos processos de protecção. Neste estudo, analisou-se particularmente o

facto da vinculação segura estar ou não relacionada com a regulação comportamental e observou-se até que ponto há influências do ambiente familiar e da inteligência verbal. De acordo com os resultados encontrados, as crianças com uma vinculação segura estão em situação de baixo risco e apresentam scores mais elevados na escala de avaliação da inteligência verbal. As situações de maior risco psicossocial associam-se a baixos scores de inteligência verbal, a um desempenho escolar mais fraco e a mais problemas de comportamento (nomeadamente externalizáveis, segundo a informação das mães). Os autores encontraram também associações significativas entre os problemas de comportamento, risco ambiental e vinculação. As vinculações seguras e não evitantes estão relacionadas com menos problemas de comportamento internalizáveis e externalizáveis. Estes dados apelam para investigações futuras acerca dos aspectos da vinculação segura, tanto conceptuais como metodológicos, de crianças em idade escolar e ainda acerca dos processos através dos quais os ambientes de risco se tornam manifestos na interacção comportamental e nos modelos internos do *self* e do mundo.

Lyons-Ruth et al. (1997), realizaram um estudo longitudinal de carácter prospectivo, no sentido de analisar as relações entre comportamentos internalizáveis e externalizáveis de crianças em idade escolar e as avaliações de quatro domínios de factores de risco na primeira infância (18 meses de idade). Os quatro domínios em questão focavam a adversidade familiar (baixo nível educacional, história de hospitalização psiquiátrica materna, presença de sintomas depressivos maternos e outros problemas sociais), a qualidade das interacções mãe-bébé, incluindo os comportamentos de hostilidade/intrusividade materna e as classificações de vinculação, o sexo do bebé e o nível de desenvolvimento mental, avaliado pela Escala de Desenvolvimento Infantil de Bayley. Os resultados do estudo apontam para uma

predicção significativa de problemas internalizáveis e externalizáveis em crianças de alto risco. Os problemas internalizáveis em crianças de sete anos são previsíveis a partir de níveis elevados de sintomatologia depressiva materna durante os cinco primeiros anos de vida da criança. A este tipo de sintomas está associada um tipo de vinculação evitante.

A adaptação das crianças à escola é significativamente influenciada pelo grau de organização dos padrões de vinculação precoces e o fraco desenvolvimento mental constitui um bom predictor de problemas futuros. Os dados deste estudo indicam que os baixos scores na Escala de Desenvolvimento Infantil de Bayley ocorrem nas crianças que experienciaram relações de vinculação desorganizadas. Este tipo de vinculação tende a ocorrer no contexto de padrões de comunicação disruptivos, os quais também afectam os scores de desenvolvimento mental. Os autores concluíram que a vinculação desorganizada constituía o melhor predictor de problemas de comportamento externalizáveis e outras dificuldades de adaptação em crianças de sete anos. No período pré-escolar, a capacidade cognitiva das crianças aumenta e complexifica-se consideravelmente e aquelas que apresentavam padrões de vinculação desorganizados (ver rodapé da página 89) têm oportunidade de os reorganizar, dependendo das suas características individuais e dos padrões de interacção familiar. Para os rapazes, uma alteração na classificação de vinculação ansiosa para insegura está relacionada com uma mudança nas interacções mãe-criança, com o estatuto relacional da mãe e com os níveis de stress. Para as raparigas, os factores relacionais e contextuais são menos importantes. A mudança nos padrões de vinculação está associada às características pessoais da mãe, o que pode estar relacionado como facto das mães oferecerem um modelo de *coping* positivo.

Os estudos incluídos no Mother-Child Project (Egeland, Carlson & Sroufe, 1993) mostram que os relacionamentos mãe-criança emocionalmente responsivos medeiam os efeitos dos contextos de alto-risco (e.g. stress materno), especialmente nos rapazes. Estes relacionamentos emocionais promovem uma mudança positiva nas crianças com experiências de pobreza e abuso e intervêm na mudança intergeracional dos padrões de cuidados abusivos. Através de uma interacção repetida com uma figura sensível e responsiva, a criança começa a perceber o *self* como amado e valorizado e a experienciar uma capacidade de *mastery* face ao ambiente.

8. FAMÍLIA: RISCO / PROTECÇÃO

No âmbito da dinâmica relacional familiar, enquadramos os factores de risco e os factores de protecção para o desenvolvimento associados à família. Incluem-se igualmente neste âmbito as questões relacionadas com a estabilidade, organização, coesão e adaptabilidade familiar e os aspectos associados ao envolvimento social da família, à qualidade das relações entre os seus elementos e aos padrões educativos parentais. A questão central que se nos coloca desde o início é saber o que é que distingue uma família funcional, geradora ou proporcionadora de uma boa adaptação,

de uma família disfuncional. Podemos dizer em três linhas gerais que as grandes diferenças nestes dois grupos de famílias se sintetizam na:

- capacidade de resolução de problemas;
- capacidade de adaptação à mudança;
- capacidade para equilibrar as distâncias e os limites familiares.

Aparecem aqui claramente as características da estrutura e funcionalidade familiares que irão ser particularmente abordadas na segunda parte deste trabalho e que dizem respeito à coesão/aglutinação e adaptabilidade/rigidez familiar.

Os problemas parentais afectam as crianças:

- através do seu impacto no humor parental, conflitos maritais e qualidade dos cuidados prestados às crianças;
- pelas transições nos relacionamentos parentais, muitas vezes acompanhadas da ruptura das rotinas familiares que, pelo menos temporariamente, aumentam os problemas de adaptação funcional infantil, como são exemplo os problemas da conduta em rapazes;
- especificamente, os problemas da conduta parental podem causar problemas legais e um padrão educativo parental inconsistente, contribuindo para os problemas da conduta dos filhos adolescentes.

Iremos de seguida abordar o impacto que a psicopatologia parental, as situações de maus tratos familiares, as situações de crise familiar e as práticas educativas parentais têm na emergência da psicopatologia infantil, pelos distúrbios que causam no funcionamento familiar.

8.1 CARACTERÍSTICAS/FUNCIONAMENTO FAMILIAR E PSICOPATOLOGIA PARENTAL- SUAS INTERRELAÇÕES E IMPACTO NO DESENVOLVIMENTO

Apesar da adversidade familiar estar associada a um leque alargado de distúrbios na infância, as famílias de crianças com distúrbios da conduta apresentam níveis mais elevados nos índices de adversidade e nos índices de distúrbios parental, (nomeadamente na depressão major, personalidade anti-social e abuso de substâncias), quando comparadas com famílias de crianças que apresentam unicamente distúrbios de hiperactividade e déficits de atenção. A psicopatologia parental relaciona-se também com os distúrbios internalizáveis, mas restringe-se, a maior parte das vezes, à depressão parental.

Capaldi (1991) realizou um estudo para investigar os aspectos relacionados com a família e com a adaptação nas situações de distúrbios da conduta, na sintomatologia depressiva, ou a sua co-ocorrência, em rapazes pré-adolescentes. Neste estudo, foi encontrada uma elevada correlação entre a agressividade sofrida pelos pais, quando crianças, e a agressividade dos filhos. Os dados deste estudo indicam que os delinquentes deprimidos têm três vezes mais probabilidades de ter um parente chegado com depressão e têm o dobro da probabilidade de ter um parente chegado com problemas de alcoolismo, quando comparados com delinquentes sem depressão. A depressão dos pais não é uma característica distintiva dos grupos de pré-adolescentes deprimidos e não deprimidos, mas os distúrbios de ansiedade nas mães, o alcoolismo, o uso de drogas e o suicídio já o são. Os resultados sugerem que as práticas parentais

coercivas, a disciplina inconsistente e a fraca supervisão estão associadas a comportamentos anti-sociais em crianças. Por seu lado, os fracos relacionamentos entre pais-criança, pais cruéis, abusivos e violentos são factores associados às crianças deprimidas. Sabemos também que a depressão não parece estar associada ao uso de substâncias no início da adolescência, facto que não acontece quando a depressão está combinada com problemas comportamentais. Por seu lado, o comportamento anti-social dos pais, a depressão das mães e o uso de substâncias por parte das mães estão associados aos problemas da conduta nas crianças. O comportamento anti-social dos pais não é muito elevado no grupo de crianças deprimidas. Em termos do funcionamento familiar as famílias de crianças deprimidas tendem a ser negligentes e indiferentes, enquanto que as famílias de crianças com distúrbios da conduta ou com co-morbidade apresentam uma disciplina coersiva e ineficaz e uma forte rejeição parental.

Num estudo longitudinal de dez anos (Radke-Yarrow & Brown, 1993), com crianças com sérios problemas psicopatológicos e crianças resilientes, todas elas com risco familiar de doença afectiva e com um ambiente familiar altamente perturbado e caótico, verificou-se que as crianças perturbadas obtêm scores mais baixos na Escala de Inteligência de Weschsler para Crianças - Revista (Weschler, 1974), são mais frequentemente tímidas, têm um baixo rendimento académico e têm pobres relacionamentos com os pais. As crianças resilientes desencadeiam reacções mais positivas por parte dos professores, são frequentemente as crianças favoritas da família e têm percepções mais positivas acerca do seu *self*. Foram avaliadas 6 áreas de funcionamento: auto-regulação, relacionamento fora da família, interesses, desempenhos e objectivos, funcionamento cognitivo, auto-percepção e percepção dos outros e ainda, crescimento físico e saúde. As crianças perturbadas têm Q.I.'s

significativamente mais baixos do que as crianças resilientes e as crianças do grupo de controle. 56% das crianças resilientes são as crianças favoritas da sua família, experienciando relacionamentos positivos com um ou ambos os pais. “...*resilient children invariably were involved in same unique, sustaining relationship with their disturbed parent or family. A reciprocal satisfaction or match of needs valious provided special support to the child*” (Radke-Yarrow & Brown, 1993, p. 591). 72% destas crianças e 23% das crianças perturbadas descrevem relações positivas com pelo menos um dos pais. Não existem diferenças brutais em relação ao suporte dado por um adulto fora do ambiente familiar.

A psicopatologia parental e os maus tratos constituem, claramente, factores de risco associados à família. Dowey & Walker (1992) concluíram que as crianças com estes dois factores de risco associados à família apresentavam os níveis mais elevados de depressão e agressão, seguidas das crianças que sofrem maus tratos por parte de um dos pais. Por seu lado, as crianças cujos pais apresentam psicopatologia, mas que não estão sujeitas a maus tratos, apresentam os níveis mais baixos de depressão e agressão. Os autores tiveram em conta no seu estudo várias características intrínsecas à criança (competência na resolução de problemas interpessoais, reconhecimento emocional, desenvolvimento intelectual, auto-estima e dificuldades precoces no desenvolvimento). Quando o nível familiar é controlado, a inteligência não se associa nem à agressão nem à depressão (o que não significa que não influencie o ajustamento da criança). Todas as outras características da criança estão associadas significativamente com a sintomatologia depressiva, enquanto que o nível de competência para resolver problemas interpessoais é a única variável que se relaciona significativamente com a agressão. Como esta variável não está associada à depressão, leva-nos a concluir que as características individuais protectoras da agressão são diferentes daquelas que

protegem da depressão. Por tudo isto, parece-nos que as características da criança são responsáveis pela considerável variação da depressão, mas são muito pouco responsáveis pela variação na agressão. Contrariamente, as distinções nos grupos de risco familiar são muito mais evidentes na agressão do que na depressão. Outros autores (e.g. Greenberg, Speltz & Dekleyen, 1994; Patterson, Reid & Dishion, 1992), estudando especificamente o tipo de distúrbio comportamental, concluíram muitas das causas dos distúrbios da conduta estão associadas ao funcionamento familiar.

Conrad & Hammen (1993) realizaram um estudo no sentido de comparar os factores protectores com os factores de recurso e a sua influência diferencial no desenvolvimento da criança, nas condições de mães com doença afectiva unipolar e bipolar, mães com doença médica (orgânica) e mães sem patologia.. Este estudo torna-se importante já que as variáveis de recurso ou variáveis compensatórias, ao não interagirem com os factores de risco, têm grandes implicações para a saúde emocional das crianças, tanto as de alto como as de baixo risco. Algumas variáveis associadas a um bom resultado desenvolvimental foram consideradas. Ao nível da criança consideraram-se as variáveis auto-estima, competência académica e competência social.; ao nível familiar consideraram as variáveis percepções positivas das mães, o emprego das mães (fora ou dentro de casa), a competência social materna e a presença de um pai saudável em casa; ao nível dos suportes sociais externos examinaram o número de relacionamentos de amizade e o contacto da criança com um amigo adulto. Os autores verificaram que os atributos da criança, atributos familiares e atributos extra-familiares considerados na investigação, funcionam principalmente como factores de recurso, levando-os a concluir que *"Other researchers who have studied resilience in high-risk children but who have not studied interaction effects, have possibly also found resource factors but called them protective"* (Conrad & Hammen, 1993, p.604-

605). Os resultados deste estudo indicam que a competência social materna e a presença de um pai saudável no contexto familiar constituem factores de recurso nas condições de doença afectiva unipolar materna (condição de risco), mas são um factor de vulnerabilidade quando as mães apresentam patologia afectiva bipolar. Por outro lado, as amigas das crianças funcionam como factores protectores só quando a situação de risco diz respeito a mães com doença médica e não doença afectiva uni ou bipolar. O contacto frequente com um amigo adulto funciona como um factor de risco para o desenvolvimento futuro de doença afectiva unipolar nas crianças. Em vez de prevenir ou proteger, este contacto pode ser uma consequência das dificuldades familiares e desadaptação.

Mais uma vez se sublinha que, os aspectos funcionais e estruturais das famílias são fortemente influenciados pela presença de patologia parental. Um dos factores mais potentes para o desenvolvimento da psicopatologia é a história de psicopatologia na família. Os genes fornecem uma contribuição moderada mas significativa em muitas formas de psicopatologia. Por seu lado, os factores ambientais também fornecem uma contribuição significativa e são responsáveis pela diferença entre os indivíduos da mesma família. Quaisquer que sejam as características ambientais, elas operam nas diferenças que existem entre as crianças da mesma família. Rutter (1986; citado por Rende & Plomin, 1993, p. 537), refere que a irritabilidade, o criticismo e a hostilidade parental, aspectos relacionados com a depressão, podem ser focados numa determinada criança da família que apresenta características temperamentais específicas.

Bergman & Walker (1995) examinaram as relações entre os desvios de comportamento e a cognição em crianças que experienciaram factores de risco como a

esquizofrenia parental, outros distúrbios psiquiátricos que não a esquizofrenia e os maus tratos. Estudos anteriores sugeriam que as crianças de pais esquizofrénicos apresentavam elevados níveis de comportamentos agressivos, evitamento social e instabilidade emocional, quando comparadas com crianças normais. Este tipo de problemas estava também associado a crianças sujeitas a maus tratos e a crianças com mães deprimidas. Os resultados deste estudo indicam que as crianças em risco para a esquizofrenia e as crianças mal tratadas apresentam mais problemas de comportamento do que as crianças em risco para outros distúrbios psiquiátricos e do que as crianças normais. O risco para a esquizofrenia está especificamente associado com o comportamento esquizóide nas crianças, enquanto que as situações de maus tratos estão associadas com problemas de comportamento generalizados a vários domínios. Este estudo indica também que os comportamentos dos pais têm efeitos duradouros no comportamento das crianças.

A psicopatologia parental, pelo seu impacto na dinâmica familiar (aumentando, por exemplo a discórdia familiar) está também associado ao aparecimento de psicopatologia nas crianças. Fendrich, Warner & Weissman (1990) estudaram a depressão parental e os factores de risco associados à família, concluindo que os factores como a discórdia marital, a discórdia pais/criança, o baixo controle afectivo, a baixa coesão familiar e a situação de divórcio são menos prevalentes em famílias de pais não deprimidos do que em famílias de pais deprimidos. Nas crianças, a presença destes factores está associada a níveis elevados de depressão major, distúrbios da conduta ou qualquer outro diagnóstico. Os conflitos intrínsecos a um subsistema familiar ou entre subsistemas familiares são considerados importantes factores de risco, tanto para os distúrbios internalizáveis como para os distúrbios externalizáveis. Neste estudo, a coesão familiar está associada a um aumento de depressão major em crianças

com pais não deprimidos e o divórcio parental constitui o único factor de risco que parece relacionar-se com as formas mais debilitantes de depressão em crianças de alto-risco. A depressão parental está altamente associada com a maior parte dos factores de risco familiar identificados no estudo, pelo que a presença de pais deprimidos pode constituir um importante risco ambiental. Apesar de tudo, torna-se impossível detectar efeitos aditivos para cada factor de risco familiar, dadas as ligações complexas entre factores de risco familiar e a depressão parental. Por exemplo, *“Emery, Weintraub, and Neale (1982) (...) suggested that once marital discord is taken in account, the direct association between parental affective disorder and children’s school behavior disappears”* (Fendrich, Warner & Weissman, 1990, p.40).

Em Novembro de 1996, Higgins, D. (<http://www.aifs.org.au/external/institute/afrcpapers/higgins.txt>), fez uma comunicação na Australian Family Research Conference Brisbane, na qual focava as características da família como mediadoras do ajustamento em crianças maltratadas e crianças não sujeitas a maus tratos. No seu estudo foi avaliada a importância dos factores familiares na predição de maus tratos em crianças e na mediação do seu ajustamento em várias categorias de maus tratos (abuso sexual, abuso físico, maus tratos psicológicos, negligência e testemunhos de violência familiar). A adaptabilidade e coesão familiar foram características associadas à família tidas em conta no estudo. Recorrendo simultaneamente às características dos maus tratos e às características familiares para a previsão dos problemas comportamentais internalizáveis, encontramos como únicos preditores a negligência e a coesão familiar. Para os problemas externalizáveis, as variáveis adaptabilidade e a coesão familiar são as únicas preditoras. A frequência com que as crianças experienciam maus tratos, nos diferentes tipos considerados está significativamente relacionada com as sub-escalas internalizável e externalizável do CBCL, com a auto-estima, com a propensão para

dificuldades emocionais e problemas ao nível da identidade de género. Foram também encontradas correlações entre a sub-escala internalizável do CBCL por um lado, e a sub-escala externalizável do CBCL, a propensão para as dificuldades emocionais, a baixa auto-estima, a baixa coesão familiar e o baixo nível educacional materno, por outro.

Parece-nos evidente que o *background* familiar e as características de funcionamento da família são importantes factores mediadores no ajustamento das crianças, independentemente do tipo de maus tratos a que estão sujeitas. Para os problemas externalizáveis, as variáveis familiares oferecem uma contribuição adicional significativa para a explicação do ajustamento a partir da coesão e adaptabilidade familiar, permitindo fazer-se de alguma forma uma previsão clínica. As famílias que sujeitam as suas crianças a maus tratos são caracterizadas por este autor como tendo uma baixa coesão e situações frequentes de divórcio. Estes aspectos do *background* familiar são particularmente importantes nas famílias de maus tratos psicológicos, famílias negligentes e famílias onde as crianças testemunham a violência familiar. Neste estudo, verificou-se que as características da família não são bons predictores do abuso físico e sexual, dado este inconsistente com outras investigações, particularmente com os estudos que demonstram uma forte relação entre os aspectos dinâmicos e estruturais da família e o risco para o abuso sexual. Contudo, de uma maneira geral, parece que muitos factores familiares influenciam o ajustamento comportamental e emocional das crianças através do seu impacto no risco para os maus tratos. Segundo Cicchetti et al. (1993), as crianças maltratadas, ao adoptarem uma maneira mais reservada, controlada e racional de interagir e se relacionar, estão mais preparadas para uma adaptação bem sucedida em ambientes familiares adversos.

Em 1993, Katz & Gottman publicam um estudo dedicado aos padrões de conflito marital na previsão de comportamentos internalizáveis e externalizáveis. Verificaram que os comportamentos específicos que os casais utilizam na resolução de problemas maritais pode contribuir diferencialmente para o aparecimento de psicopatologias internalizáveis e externalizáveis em crianças. Os resultados deste estudo sugerem que o tipo de comportamento evidenciado pela criança está moderadamente associado à proporção de hostilidade e isolamento emocional que os pais apresentam. Assim, quando nos casais se encontram relações de hostilidade entre os seus elementos, as crianças tendem a ser apontadas pelos professores, três anos mais tarde, por exibirem formas de comportamento anti-social. Quando os maridos são emocionalmente distantes na resolução dos conflitos familiares, as crianças apresentam, segundo os professores, três anos mais tarde, sinais de ansiedade e isolamento social. Também aqui, os rapazes tendem a apresentar mais problemas externalizáveis, enquanto que nas raparigas predominam os problemas internalizáveis. Os autores concluíram que, a uma maior frequência e gravidade dos conflitos parentais, associam-se os problemas de comportamento externalizáveis. Há indicadores de níveis mais elevados de dissolução matrimonial em pais de crianças classificadas como agressivas. O medo de divórcio parental pode levar as crianças a exibirem problemas de comportamento externalizáveis, no sentido de descentrarem a atenção dos pais dos problemas matrimoniais. Verificou-se também que o grau em que a criança é directamente exposta ao conflito parental constitui um importante factor moderador em todo o processo. A exposição continuada ao conflito parental está associada à expressão de afectos negativos e às pobres respostas de *coping* nas crianças. Outro aspecto curioso é que, na presença de um pai agressivo, são encontrados níveis mais elevados de problemas internalizáveis nas raparigas, enquanto que para os rapazes, os

problemas internalizáveis são mais frequentes quando a mãe é agressiva. Dependendo do sexo do elemento parental agressivo, o filho do sexo oposto tende a apresentar problemas de comportamento internalizáveis, relatados três anos mais tarde pelas professoras.

Mais uma vez se verifica que as variáveis processuais da família influenciam de forma mais evidente o ajustamento comportamental das suas crianças do que o estatuto marital por si só. Neste estudo coloca-se a hipótese da personalidade dos pais produzir padrões de co-variação entre os padrões de interacção marital e os resultados de desenvolvimento da criança.

8.2 PROTECÇÃO E VULNERABILIDADE EM FAMÍLIAS DIVORCIADAS OU COM NOVOS CASAMENTOS: O VIRGINIA LONGITUDINAL STUDY OF DIVORCE AND REMARRIAGE.

O *Virginia Longitudinal Study of Divorce and Remarriage* (Hetherington, Cox & Cox, 1982; citados por Hetherington, 1989, p.2) é um estudo longitudinal de 6 anos no qual foram examinados os factores protectores e de vulnerabilidade que contribuem para o ajustamento das crianças ao divórcio e novo casamento. Os rapazes das famílias divorciadas, em comparação com os rapazes de famílias intactas, apresentam mais comportamentos anti-sociais, *acting-out* (passagem ao acto), são mais coercivos, não aderem às regras de funcionamento familiar e, na escola, exibem dificuldades no relacionamento com os pares e na realização escolar. Segundo Camara & Resnick (1988; citados por Hetherington, 1989), existem evidências de que as crianças se adaptam melhor à custódia do progenitor do mesmo sexo. Contudo, a idade da criança

constitui um importante factor nas respostas ao divórcio e ao novo casamento, tendo ainda em conta as diferenças de género. Parece que os efeitos do divórcio por si só não podem ser considerados na avaliação do ajustamento das crianças a longo prazo, uma vez que os novos casamentos constituem desafios adaptativos para pais e crianças. A inteligência, idade e sexo são importantes variáveis individuais a considerar. As crianças mais inteligentes são mais resilientes, as crianças mais velhas são mais afectadas pelos factores extrafamiliares e as crianças mais novas adequam mais rapidamente as suas estratégias de *coping* para lidar com o novo casamento do(s) progenitor(es). Os rapazes são afectados de forma mais adversa pelo divórcio e novo casamento paterno. Por seu lado, as raparigas apresentam mais dificuldades a longo prazo no ajustamento à entrada do padrasto no contexto familiar. Os resultados deste estudo indicam que a relação mãe-filho nas famílias divorciadas e que a relação pai-mãe/criança em famílias com novo casamento, especialmente famílias com enteadas, são particularmente problemáticas. Tanto os rapazes como raparigas de famílias divorciadas adquirem mais responsabilidade, independência e poder de decisão do que as crianças de famílias intactas. Os rapazes de famílias divorciadas passam menos tempo em casa com os pais ou outros adultos do que com os pares. Os filhos do sexo masculino referem ter uma boa relação com os padrastos, gostam da sua companhia e procuram o seu aconselhamento ou apoio, quando o casamento da mãe com o padrasto é de longo prazo. Em famílias casadas de novo, um relacionamento marital coeso e o envolvimento activo nos padrões educativos parentais por parte do padrasto/madrasta estão associados a elevados níveis de conflito entre a criança e o progenitor e entre a criança e o padrasto/madrasta, especialmente quando a criança é do sexo feminino. Isto pode ser compreendido se olharmos os padrastos como intrusos ou rivais na questão da afeição da mãe. As crianças de famílias com um padrasto e os

rapazes de famílias divorciadas apresentam relacionamentos mais problemáticos com os irmãos do que nas famílias intactas ou do que as raparigas de famílias divorciadas. Estes relacionamentos problemáticos traduzem-se por uma maior agressividade, evitamento, rivalidade e menos expressões de afecto. As relações entre irmãos nas famílias com padrastos melhora ao longo do tempo, mas mesmo assim, permanecem com mais distúrbios relacionais do que os irmãos de famílias divorciadas ou intactas. As díades de irmãos com um elemento do sexo masculino são mais problemáticas do que as díades que envolvem só raparigas. Nas famílias divorciadas ou com novos casamentos, os rapazes não parecem ter muito suporte das irmãs. Contudo, as raparigas mais velhas de famílias divorciadas apresentam um papel de suporte na relação com as irmãs mais novas. As relações ambivalentes e de hostilidade são mais comuns em irmãos de famílias casadas de novo e em rapazes de famílias divorciadas quando comparados com irmãos de famílias divorciadas. A agressividade e rivalidade fraterna jogam um papel importante no aumento do comportamento externalizável anti-social e na diminuição do comportamento pró-social nas famílias divorciadas ou com novos casamentos. Quando as mulheres divorciadas vivem com os seus pais sentem que são tratadas de uma maneira infantil e com menos independência, partilham com os pais o controle das crianças e têm conflitos acerca da disciplina a aplicar. O envolvimento dos avós pode ter efeitos positivos no comportamento social dos rapazes com mães divorciadas. Contudo, o conflito entre a mãe (divorciada) e a avó materna está associado ao aumento dos comportamentos externalizáveis em rapazes. O efeito do suporte dos avós é mediado pela mudança comportamental materna face a esse suporte.

8.3 O PAPEL DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS PARENTAIS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL, EM DIFERENTES CONTEXTOS

No que diz respeito às práticas educativas parentais, a literatura tem mostrado que, em famílias de alto-risco, com crianças resilientes, as disciplinas parentais são mais autoritárias, com regras de funcionamento bem definidas. O medo sentido pelos pais em ambientes de alto-risco, traduz-se em disciplinas punitivas e restritivas, com o intuito de proteger as crianças das influências negativas do contexto extra-familiar. Constatamos assim que o padrão educativo democrático, normalmente associado ao desenvolvimento infantil adaptado, pode constituir um factor protector do desenvolvimento em contextos de baixo risco, mas, em contextos de alto risco, pode funcionar como um factor de vulnerabilidade.

Baldwin, Baldwin et Cole (1990) refere que as famílias protectoras em contextos de alto-risco constróem um ambiente proximal de baixo risco, apesar de viverem num contexto distal de alto risco. As famílias protectoras caracterizam-se por terem mães legitimamente preocupadas com os perigos do contexto alargado em que vivem e com o grupo de amigos dos filhos. São carinhosas mas, simultaneamente, autoritárias, apresentando um padrão educativo parental mais restritivo. As famílias de alto risco bem sucedidas são mais restritivas, mais autoritárias e menos democráticas, mas são mais vigilantes na monitorização das suas crianças. Os pais raramente justificam aos filhos a sua política educativa e são mais severos nos castigos. Contudo, têm em conta os desejos dos filhos e as mães falam frequentemente dos riscos às suas crianças. Nas famílias de baixo risco, a responsabilidade e os juízos correctos que os filhos fazem acerca das situações estão correlacionados com o sucesso adaptativo, enquanto que nas famílias de alto risco é o auto-controle que está significativamente correlacionado

com o sucesso. Apesar da responsabilidade não estar associada significativamente aos filhos de famílias de alto risco, os pais destas famílias que são bem sucedidas, face à adversidade ambiental, valorizam-na da mesma forma que os pais de famílias de baixo risco. Para os pais das famílias de alto risco, o sucesso adaptativo dos seus filhos depende do facto das crianças seguirem as regras e resistirem à “tentação do desvio”. A obediência é mais valorizada pelos pais que vivem em contextos de alto risco, mas as famílias cujas crianças são bem sucedidas na sua adaptação valorizam-na menos do que as famílias cujas crianças apresentam dificuldades de adaptação. O auto-controle das crianças é também mais valorizado nas famílias de alto-risco. Podemos dizer que se as crianças são conformistas em relação às restrições parentais, nas famílias de alto risco, elas estarão parcialmente protegidas das influências ambientais. Parece também que a razão do sucesso da restritividade parental em contextos de alto risco é evidente, uma vez que as restrições traduzem-se em respostas realistas face à ecologia ambiental. Segundo o mesmo autor, as famílias em condições de alto risco, ao operarem num contexto diferente das famílias em condições de baixo risco, recorrem a práticas educativas também elas diferentes. Os autores levantam a hipótese das influências ambientais familiares terem uma importante contribuição no resultado cognitivo (operacionalizado pelo Q.I. e rendimento académico), particularmente nas crianças de alto risco. Outros estudos (e.g. Egeland et al., 1993) demonstraram que os rapazes competentes com mães com elevados níveis de stress diferenciam-se dos rapazes incompetentes: - pelo seu nível mais elevado de inteligência e maior capacidade linguística; - pelo grau em que as suas mães promovem um ambiente familiar estruturado e responsivo, apesar dos elevados níveis de stress; - pelas positivas interações mães-crianças. Assim, o sucesso dos rapazes competentes depende da

capacidade das mães para protegerem as suas crianças dos efeitos do stress, continuando a providenciar cuidados de boa qualidade.

Mesmo nos contextos mais violentos, existe uma considerável variabilidade na exposição das crianças à violência nessas comunidades. “... *parenting quality operates to increase or decrease stress exposure, though this process has been suggested by recent reviewers*” (Masten et al., 1990; Rutter, 1990; cit. por Gest et al., 1993, p.668). Os sintomas de ansiedade, medo, depressão e stress representam reacções negativas, com consequências a longo prazo no desenvolvimento social, emocional e cognitivo das crianças. Contudo, estes sintomas podem ter uma função adaptativa em ambientes objectivamente perigosos, especialmente quando estes sintomas incrementam a vigilância e as reacções normais/saudáveis face à perda e à dor. Segundo o estudo de Richters & Martinez (1993), apesar de algumas crianças viverem em zonas de relativa incidência criminal, marcada por elevados níveis de violência e perigo, 54% das crianças são bem sucedidas no domínio académico e socio-emocional, 26% falham num destes domínios e só 20% falham nos dois domínios. A falha na adaptação funcional das crianças é maior quando a família é instável e quando lida com armas e drogas. A falha na adaptação nos dois domínios considerados deriva, de forma sistemática, em função dos ambientes familiares serem estáveis/seguros ou instáveis/inseguros. Se a criança vive em contextos familiares instáveis ou inseguros, as falhas na adaptação funcional atingem cerca dos 21%, enquanto que nos contextos familiares simultaneamente estáveis e seguros, o insucesso na adaptação atinge os 100%. A maior parte das crianças (67%) que vivem em famílias estáveis e seguras apresentam uma adaptação bem sucedida.

As pobres estratégias de *coping* utilizadas pelos pais e os métodos agressivos de disciplina estão significativamente associados à hiperactividade. "*The best parenting predictor of hiperactivity was disciplinary aggression*" (Woodward, 1998, p.161).

Em 1985, foi realizado um estudo para avaliar o papel mediador dos pais (do sexo masculino) em situações de elevada adversidade económica (Elder, Nguyen & Caspi, 1985). Os autores concluíram que o papel mediador dos pais se restringe ao funcionamento psicológico das raparigas pré-adolescentes. Os pais são mais rejeitantes para as raparigas do que para os rapazes, quando existem pressões familiares desta natureza. Este dado é particularmente curioso dado que nas crianças mais novas, os stressores familiares parecem ser mais patogénicos para os rapazes, enquanto que na pré-adolescência e eventualmente adolescência, emerge uma situação inversa. Também ficou claro que os adolescentes, raparigas ou rapazes, menos atractivos são aqueles que correm maior risco para os maus tratos parentais. Portanto, o comportamento rejeitante por parte do pai faz a ponte entre a privação económica e o distúrbio emocional das raparigas, especialmente aquelas que são menos atractivas. "*We believe this causal sequence has much to do with psychological vulnerability of early adolescent girls to paternal maltreatment and to the self-esteem costs of social world of peers and school*" (Simmons et al., 1979; cit. por Elder, Nguyen & Caspi, 1985, p.373).

Nas crianças em que os pais são dependentes de substâncias, os comportamentos disruptivos das crianças são previstos a partir da magnitude dos comportamentos antissociais dos pais e pelos factores do contexto familiar, operacionalizados através da qualidade de relacionamento entre pais e filhos. Nas famílias sem pais dependentes de substâncias, só os factores do contexto familiar são predictores dos comportamentos disruptivos (Majumder, Moss & Murrelle, 1998). A ausência de

supervisão parental, a rejeição da criança e a falta de envolvimento parental constituem os factores familiares que são mais fortemente predictores da delinquência juvenil.

“(...) a good relationship with one parent, marked by warmth and the absense of severe criticism, had a substancial protective effect against the developmeny of conduct disorder” (Yoshikawa, 1994, p.34). O conflito marital tem um maior impacto negativo no distúrbio da conduta e delinquência do que propriamente a instabilidade familiar (operacionalizada pela perda de um dos pais como resultado de separação, divórcio ou morte). Contudo, a instabilidade familiar pode ser potencializada pelo conflito marital. Tal como noutros estudos que referenciámos, os efeitos do nível socio-económico no desenvolvimento social e delinquência podem ser mediados pelas variáveis associadas à interacção familiar como a disciplina parental inconsistente ou a falta de afecto materno (Elder & Caspi, 1988).

Gest, Neemann, Hubbard, Masten & Tellegen (1993) realizaram uma investigação no sentido de determinar em que medida a adversidade relacionada com os padrões educativos parentais (conceptualizada em termos do grau de estruturação e controle que os pais fornecem e o nível de carinho e de sentimentos positivos dirigidos à criança) e outro tipo de adversidade estão associados a um incremento nos problemas da conduta em crianças e adolescentes. Os resultados indicam que a adversidade no relacionamento parental está relacionada com um pequeno aumento nos problemas da conduta. A adversidade relacional que envolve os irmãos, a família alargada e os amigos não está associada com variações nos problemas da conduta.

Um padrão educativo parental eficaz está associado com uma menor adversidade ligada aos pais, durante a adolescência. As crianças e adolescentes que lidam com padrões educativos parentais de baixa qualidade, experienciam mais acontecimentos de vida e pertencem a níveis socio-económicos mais baixos.

Poderemos então afirmar que *"Parents and caregivers serve as mediators of the effects of poverty, potencial harmful community values, social isolation, psychosocial pathology, and difficult relationships with family and societal networks"* (Musick, Bernstein, Percansky & Scott, 1987; Pianta & Egeland, 1990; cit. por Egeland, Carlson & Scott, 1993, p.521-522). Tal como mostram os estudos de *follow-up* que Anna Freud (1943) realizou com crianças expostas ao trauma, durante a II Guerra Mundial, os pais que conseguiam manter as rotinas e um padrão reaccional mais positivo tinham filhos nos quais os efeitos psicológicos devastadores das experiências de guerra não se faziam sentir.

A relação entre o stress familiar e o desenvolvimento adaptativo da criança é complexa e depende de muitos factores, uns ligados à criança, como o sexo e idade da criança, as suas capacidades desenvolvimentais e a história passada de adaptação, e outros associados ao desenvolvimento da própria família.

9. ESCOLA : RISCO/ PROTECÇÃO

Abrimos aqui um breve sub-capítulo dedicado ao contexto escolar que, tal como o contexto familiar pode constituir um risco ou uma protecção para o desenvolvimento saudável e adaptativo das crianças.

As crianças resilientes são aquelas que apresentam uma boa competência escolar, sucesso académico e relacionamentos positivos dentro e fora da sala de aula. Segundo Masten et al. (1990), nas crianças de baixo risco, o envolvimento escolar parece decrescer em função da exposição ao stress, mas só os rapazes apresentam

elevados níveis de comportamentos disruptivos no contexto de uma elevada exposição ao stress. As raparigas em situação de baixo risco apresentam baixos níveis de comportamentos disruptivos, mesmo quando há uma exposição a elevados níveis de stress. Segundo o mesmo autor, os resultados escolares não variam de forma significativa no contexto da exposição a elevados níveis de stress. Existe, contudo, uma tendência para o declínio do desempenho bem sucedido em rapazes de meios favorecidos. Em situações de baixo stress, as crianças de alto risco envolvem-se menos no meio escolar, têm mais comportamentos disruptivos e mais insucesso escolar. O nível de envolvimento escolar em crianças de alto risco não varia muito com o grau de exposição ao stress.

As crianças com perturbações psicopatológicas têm, mais frequentemente, pobres relacionamentos com os pares, ao longo do tempo, problemas ao nível do sucesso académico e ao nível do comportamento escolar, enquanto domínio social ou interpessoal.

Segundo o *Virginia Longitudinal Study of Divorce and Remarriage* (Hetherington, Cox & Cox, 1982; cit. por Hetherington, 1989, p.2), os professores autoritários e o ambiente escolar rígido protegem as crianças de famílias divorciadas ou com novos casamentos, mas também são vantajosos para as crianças de famílias intactas com elevados níveis de conflito. Isto é particularmente verdade para os rapazes, para as crianças de temperamento difícil e para as crianças expostas a múltiplos acontecimentos de vida stressantes. ~~Em condições de stress,~~ as crianças sentem-se mais seguras nos ambientes estruturados e previsíveis. No entanto, em situações de baixo risco, a rigidez e o autoritarismo escolar podem constituir factores de risco para o desenvolvimento saudável. Este é mais um aspecto que nos permite

observar a relatividade das situações, ora associadas ao risco, ora promotoras do desenvolvimento.

As transições escolares, o insucesso académico e as situações em que os alunos parecem pouco ligados e imiscuidos no contexto escolar podem constituir factores de risco para o desenvolvimento saudável. Por outro lado, as experiências escolares positivas fornecem uma fonte de recursos face a ambientes stressantes. As experiências escolares positivas podem traduzir-se pelo sucesso social, pelo relacionamento positivo com um professor, pela oportunidade de tomar posições de responsabilidade e pelo sucesso em actividades extra-curriculares. Este tipo de experiências podem ser determinantes no equilíbrio da criança e na manutenção da sua saúde mental.

PARTE II

1. INTRODUÇÃO

Da leitura da primeira parte deste trabalho, pudemos constatar a complexidade inerente aos processos de risco e de protecção que caracterizam o desenvolvimento psicológico do indivíduo. Tivemos também oportunidade de verificar que um determinado factor ou característica, associado à criança, família ou comunidade, pode funcionar como factor protector ou factor de risco para o desenvolvimento saudável, dependendo da conjectura contextual e do momento temporal.

Assim, a nossa investigação é constituída por duas partes. Na primeira parte realizámos um estudo comparativo, no sentido de diferenciar, relativamente aos factores de risco mais frequentemente referenciados na literatura, um grupo de crianças saudáveis e um grupo de crianças que já apresentam psicopatologia. Encontradas as variáveis (características associadas à criança, à família e ao funcionamento da criança na escola) diferenciadoras, conhecemos os aspectos que estão, nesta amostra em particular, associados ao aparecimento e evolução da psicopatologia.

Seguidamente, realizámos um estudo de carácter correlacional, só com o grupo de crianças com psicopatologia, no sentido de conhecermos como se relacionam entre si as variáveis diferenciadoras anteriormente identificadas e se há correlação estatística significativa com a natureza da patologia. Esta segunda parte da investigação poderá fornecer pistas para futuras investigações de carácter longitudinal. É esta, pelo menos, a sua intenção.

2. OBJECTIVOS

2.1 OBJECTIVOS GERAIS:

1- Conhecer quais das variáveis, por nós definidas, diferenciam o nosso grupo clínico do grupo de comparação.

Vemos dessa forma se as variáveis funcionam ou não como factores de risco para o aparecimento e manutenção da psicopatologia. Para alcançarmos este objectivo, realizámos um estudo comparativo, que constitui o ponto de partida da nossa investigação.

2- Estudar como se relacionam entre si as variáveis que diferenciam os dois grupos e que, na nossa óptica, serão também responsáveis pelo aparecimento e manutenção da psicopatologia infantil.

3- Observar como as variáveis referidas se relacionam com a natureza da psicopatologia (internalizável /externalizável e os síndromes isolamento social, queixas somáticas, ansiedade/depressão, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento delinquente e comportamento agressivo, identificados por Achenbach (1991)).

Para alcançar estes dois últimos objectivos gerais objectivos foi realizado, numa segunda fase, um estudo correlacional, a partir do qual foram exploradas as interacções entre as variáveis.

2.2 OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DECORRENTES DO PRIMEIRO

OBJECTIVO GERAL:

1- Analisar se a capacidade de raciocínio não verbal, definida como a capacidade para comparar diferentes aspectos, raciocinar através de analogias e pensar segundo uma sequência lógica, independentemente da informação previamente adquirida ou dos aspectos culturais ou de aprendizagem, diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

2- Analisar se as discrepâncias entre as competências percebidas pelas crianças e a importância atribuída a essas competências diferenciam as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

3- Analisar se auto-estima da criança, definida pelo grau que a criança gosta dela enquanto pessoa e se está satisfeita com a sua forma de ser, diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

4- Analisar se a percepção que a criança tem em relação à sua competência ou aptidão no domínio do desempenho escolar e a importância que dá ao mesmo diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

5- Analisar se a percepção que a criança tem em relação à sua competência ou aptidão no domínio da aceitação social e a importância que dá ao mesmo diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

6- Analisar se a percepção que a criança tem em relação à sua competência ou aptidão no domínio do desempenho atlético e a importância que dá ao mesmo diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

7- Analisar se a percepção que a criança tem em relação à sua competência ou aptidão no domínio da aparência física e a importância que dá ao mesmo diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

8- Analisar se a percepção que a criança tem em relação à sua competência ou aptidão no domínio do comportamento e a importância que dá ao mesmo diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

9- Analisar se as competências sociais da criança diferenciam as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

10- Analisar se as competências sociais da criança, no que diz respeito ao número de desportos, passatempos e tarefas nas quais participa e à qualidade da sua participação, diferenciam as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

11- Analisar se as competências sociais da criança, no que diz respeito ao número de organizações, clubes ou equipas nas quais participa, amigos e frequência de contactos e ainda a forma como se comporta sózinha e com os outros, diferenciam as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

12- Analisar se as competências sociais da criança, no que diz respeito às tarefas e comportamento escolar, diferenciam as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

13- Analisar se o grau de funcionalidade familiar (baixo, moderado ou elevado) diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

14- Analisar se o grau de coesão familiar (baixo, moderado ou elevado) diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

15- Analisar se o grau de adaptabilidade familiar (baixo, moderado ou elevado) diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

16- Analisar se a quantidade de acontecimentos de vida experienciados pela família diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

17- Analisar se a intensidade do impacto dos acontecimentos de vida no funcionamento familiar diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

18- Analisar se o período de tempo correspondente ao conhecimento que o professor tem do aluno, segundo a percepção do professor, diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

19- Analisar se o rendimento escolar, segundo a percepção do professor, diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

20- Analisar se a frequência de aulas de apoio, compensação ou ensino especial diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

21- Analisar se o interesse/motivação pelas actividades escolares, segundo a percepção do professor, diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

22- Analisar se a adequação comportamental dentro da sala de aula, segundo a percepção do professor, (baixo, moderado ou elevado) diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

23- Analisar se a obediência e reacção positiva às regras instituídas, dentro da sala de aula, diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

24- Analisar se a adequação comportamental do aluno face ao professor, segundo a percepção do professor, diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

25- Analisar se a inexistência de conflito com os colegas e a ausência de agressão física ou verbal diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

26- Analisar se a aceitação, em termos de comportamento e atitudes, por parte dos colegas e segundo a percepção do professor, diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

27- Analisar se o não isolamento do aluno fora da sala de aula, segundo a percepção do professor, diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

28- Analisar se a ausência de sinais evidentes de tristeza no contexto escolar, segundo a percepção do professor, diferencia as crianças com e sem psicopatologia da nossa amostra.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO:

O nosso estudo procura analisar as variáveis associadas ao risco/protecção no desenvolvimento, variáveis estas ligadas à criança ou aos seus contextos. Assim sendo, elaborámos um estudo de carácter exploratório, num determinado momento temporal, no sentido de constituir uma base para futuras investigações no nosso contexto.

Espera-se, desta forma, incentivar, futuramente, mais trabalhos neste âmbito, preferencialmente de carácter longitudinal. É possível assim analisar os mecanismos e

processos inerentes ao(s) risco(s), ao longo do tempo. São necessárias, em nossa opinião, muitas mais investigações para se poder constituir uma base teórica a partir da qual a literatura sugira os resultados da influência das variáveis de risco e protecção neste ou naquele sentido.

Como reparámos na primeira parte do trabalho, a mesma variável ou factor pode funcionar ou não como factor de risco, dependendo das circunstâncias e das populações em questão. Ora, na população que o nosso estudo abrange não tínhamos, à partida, directrizes seguras acerca dos efeitos das variáveis no desenvolvimento das crianças. Por esta razão e pelo seu carácter exploratório não foram elaboradas hipóteses de trabalho, a partir das quais os resultados da investigação fossem esperados numa determinada direcção.

A modalidade de investigação subjacente ao nosso trabalho, o método correlacional/diferencial de investigação, permite ir além de uma mera descrição dos fenómenos mas, no entanto, não permite estabelecer significados de causalidade ao nível das relações encontradas. A modalidade de investigação escolhida permite relacionar efeitos de variáveis, apreciar interacções e diferenciar grupos. Também no nosso trabalho esta modalidade permite o estudo das relações entre variáveis através dos coeficientes de correlação. O presente estudo é numa primeira fase um estudo diferencial/comparativo, pois considera as diferenças de resultados entre grupos para a análise da relação entre variáveis. A segunda fase do estudo, decorrente da primeira, é também de carácter correlacional, pois pretende analisar as interacções entre as variáveis diferenciadoras dos dois grupos, identificadas na primeira fase do estudo, e ainda a interacção entre essas variáveis e a natureza da psicopatologia.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA:

A população que pretendemos atingir engloba todas as crianças que apresentam psicopatologia e que, por essa razão, recorrem aos serviços de saúde mental do interior centro do país. No período referente à recolha de dados, deram entrada na instituição por nós escolhida 85 crianças e adolescentes, dos quais seleccionámos os 27 que preenchiam todos os critérios de inclusão por nós definidos. Foram excluídas, à partida, da amostra todas as crianças com patologia orgânica associadas e todas as situações respeitantes a síndromes genéticas e de transmissão hereditária.

A amostra por nós seleccionada é sequencial e engloba 27 crianças de ambos os sexos pertencentes à faixa etária dos 8 aos 11 anos, que recorreram na altura às consultas de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de São Teotónio de Viseu, entre Janeiro e Agosto de 1998 e que, por apresentarem psicopatologia, se encontravam em tratamento na referida instituição. A presença de psicopatologia é detectada através de um instrumento de avaliação, mais à frente apresentado. As crianças que apresentavam níveis patológicos pelo menos numa das escalas desse instrumento, foram consideradas para inclusão na amostra. O seu nível de escolaridade situa-se entre o 3º e o 6º anos. 63% dos elementos são do sexo masculino e os restantes 37% do sexo feminino. Todos os casos foram recebidos na instituição pela primeira vez em 1998. Como já referimos, das 85 crianças e adolescentes recebidos, 27 constituíram a nossa amostra.

Na amostra seleccionada para grupo de comparação foram tidos em conta os mesmos critérios de inclusão em relação à faixa etária em estudo, ao nível de escolaridade e ao nível sócio-económico. Nenhuma destas crianças apresenta

comportamentos considerados psicopatológicos. A amostra é constituída por 35 crianças, 57,14% do sexo masculino e 42,86 % do sexo feminino, pertencentes a uma escola básica integrada da região.

Todas crianças que fazem parte do estudo são oriundas da mesma zona geográfica, ou seja, do distrito de Viseu, que eventualmente poderá ter algumas particularidades dado o seu carácter predominantemente rural.

Para a caracterização sócio-económica familiar da criança, recorreremos à classificação das profissões CITEP (versão portuguesa utilizada nos Censos 91). Nesta caracterização optámos por seleccionar a profissão do progenitor correspondente ao nível sócio-económico mais elevado. As categorias profissionais existentes na nossa amostra são:

- 1- profissões intelectuais e científicas;
- 2- profissões técnicas intermédias;
- 3- empregados administrativos;
- 4- pessoal dos serviços de protecção e segurança, dos serviços de pessoal e domésticos e trabalhadores similares;
- 5- trabalhadores da agricultura e pescas;
- 6- trabalhadores da produção industrial e artesãos
- 7- domésticas;
- 8- desempregados.

A distribuição das crianças nos dois grupos é melhor observada na tabela 1 e nos gráficos 1 a 8.

TABELA 1 - Distribuição das crianças, segundo as variáveis idade, sexo, nível de escolaridade e nível sócio-econômico.

		Idade				Sexo		Ano de Escolaridade				Nível Sócio-Econômico							
		8	9	10	11	M	F	3°	4°	5°	6°	1	2	3	4	5	6	7	8
COM	n	6	2	6	13	17	10	8	4	10	5	1	1	3	10	3	6	2	1
	%	22,7	7,4	22,2	48,15	62,96	37,04	29,63	14,81	37,04	18,52	3,7	3,7	11,1	37	11,1	22,2	7,4	3,7
SEM	n	15	11	5	4	20	15	15	12	5	3	2	3	4	11	3	9	3	0
	%	42,86	31,43	14,29	11,43	57,14	42,86	42,86	34,29	14,29	8,57	5,7	8,6	11,4	31,4	8,6	25,7	8,6	0

Gráfico 1
Distribuição percentual das crianças com psicopatologia segundo a variável **idade**

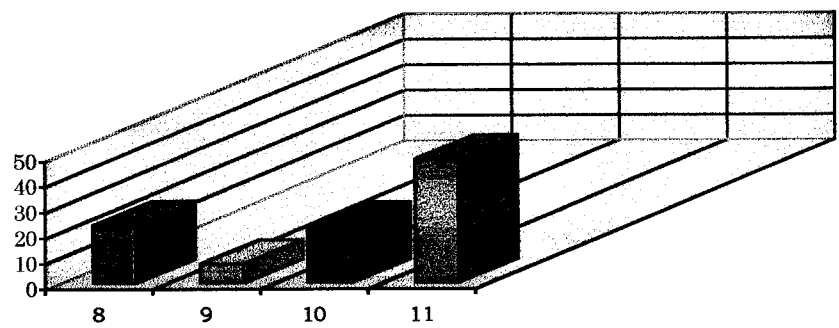


Gráfico 2
Distribuição percentual das crianças sem psicopatologia segundo a variável **idade**

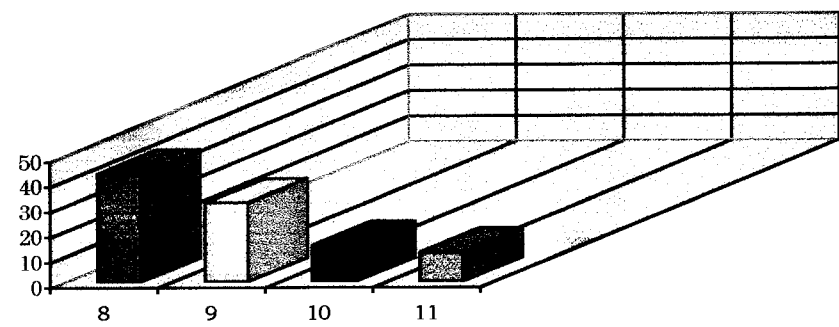


Gráfico 3

Distribuição percentual das crianças com psicopatologia segundo a variável **sexo**

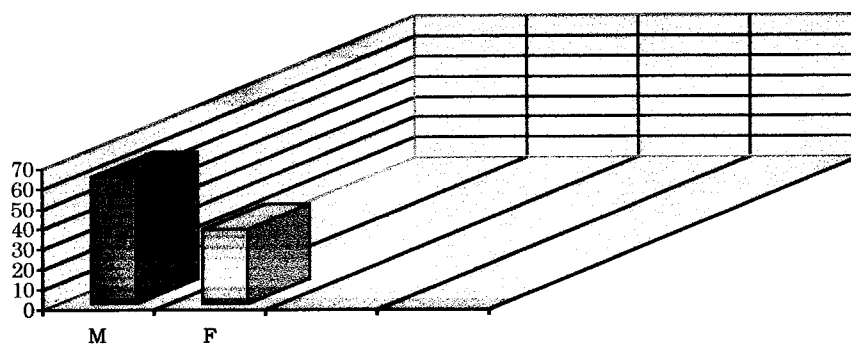


Gráfico 4

Distribuição percentual das crianças sem psicopatologia segundo a variável **sexo**

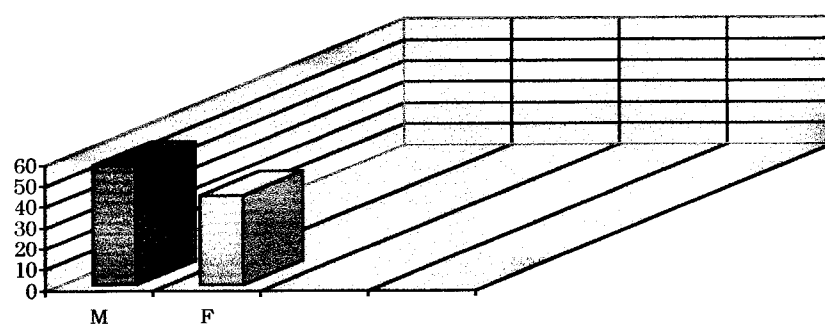


Gráfico 5
Distribuição percentual das crianças com psicopatologia segundo a variável **nível de escolaridade**

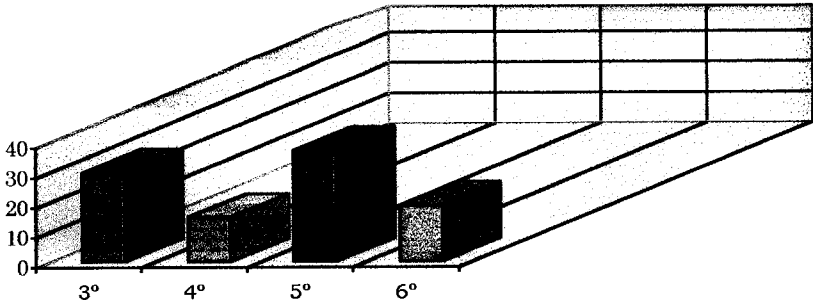


Gráfico 6
Distribuição percentual das crianças sem psicopatologia segundo a variável **nível de escolaridade**

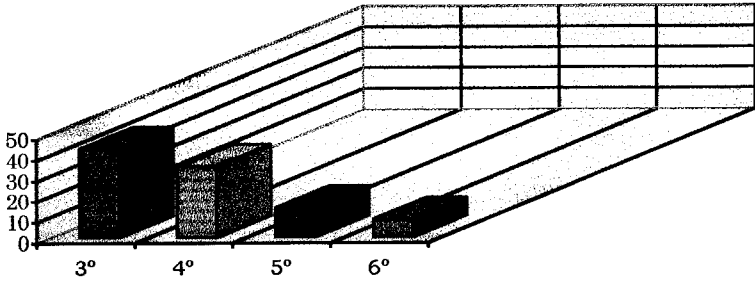


Gráfico 7
Distribuição percentual das crianças com psicopatologia segundo a variável **nível socio-económico**

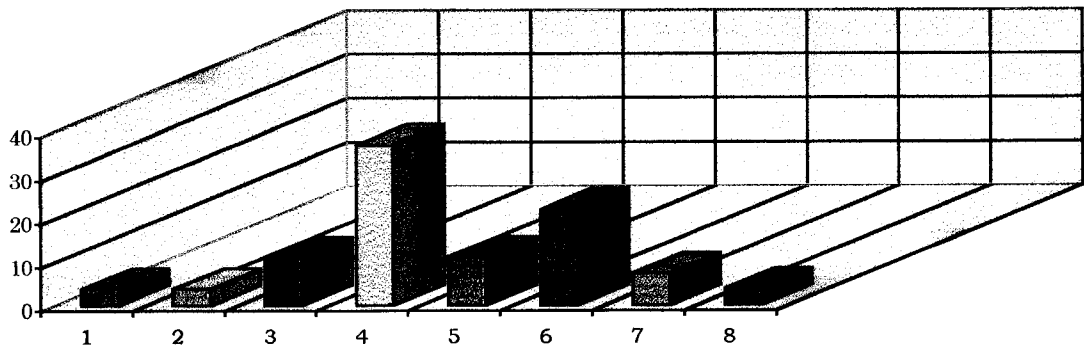
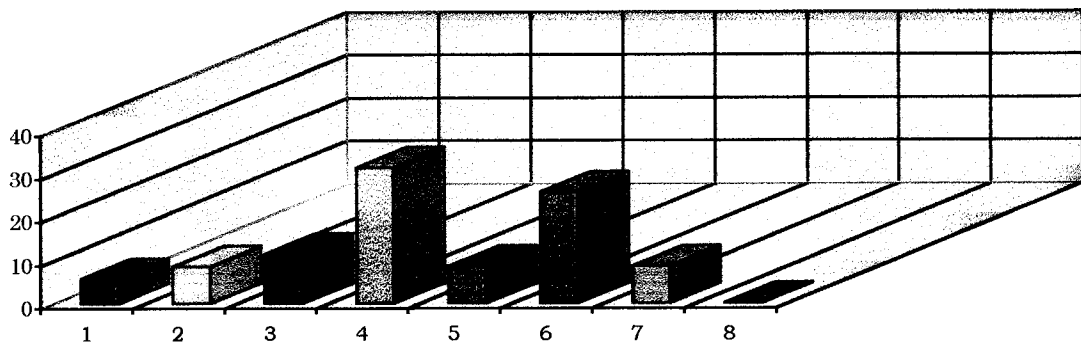


Gráfico 8
Distribuição percentual das crianças sem psicopatologia segundo a variável **nível socio-económico**



O método de amostragem utilizado foi de carácter não probabilístico, o que faz com que não haja possibilidade de generalização dos dados e das conclusões obtidas para outras situações ou amostras. Contudo, a generalização dos dados e o abarcar das características da população nunca foi nossa preocupação de base. Assim, todas as crianças pertencentes aos grupos por nós constituídos foram submetidas a uma escolha

prévia. Neste tipo de amostras “ aceita-se (...) que determinado grupo de indivíduos “representa” particularmente bem determinado fenómeno, opinião ou comportamento e, por esse facto, são escolhidos para o seu estudo” (Almeida & Freire, 1997, p.105).

No nosso estudo, constituímos 2 grupos que se diferenciam claramente numa variável: a presença evidente de comportamentos/sintomas psicopatológicos e ausência dos mesmos. Assim, o nosso grupo clínico é constituído por crianças que devido aos seus comportamentos problemáticos e sintomatologia recorreram ao referido serviço de saúde mental. O grupo de comparação por nós definido é constituído por crianças que, segundo a informação dos professores e de acordo com a informação a eles transmitida pelos pais, não apresentam problemas de comportamento nem indícios de perturbações psicológicas significativas.

3.3 INSTRUMENTOS:

3.3.1 CBCL- Child Behavior Checklist (Anexo I):

Este instrumento avalia as competências sociais e problemas de comportamento de crianças e adolescentes dos 4 aos 18 anos, referidos pelos pais ou substitutos parentais. Os pais constituem, como já referimos na primeira parte deste trabalho, uma preciosa fonte de informação; são os informadores mais disponíveis e aqueles que têm oportunidade de observar, durante mais tempo, a diversidade comportamental dos seus filhos, tanto no contexto familiar como noutros contextos comunitários. *“Parents (and parent surrogates) are typically among the most*

important sources of data about children's competencies and problems" (Achenbach, 1991, p. 2). Apesar da percepção dos pais acerca do comportamento dos filhos poder conter algumas distorções (estas avaliações têm sempre e necessariamente um carácter subjectivo), elas são importantes na determinação da necessidade das intervenções terapêuticas e no modo como são escolhidas as próprias estratégias de intervenção e sua adequação clínica.

Na nossa investigação de campo, e uma vez que são os pais que por norma acompanham as crianças às consultas hospitalares, foi fácil contar com a sua disponibilidade para a colaboração neste processo de recolha de informação. Este factor constituiu mais uma razão para a escolha deste instrumento. Não nos podemos também esquecer, que o CBCL já foi traduzido para várias línguas, inclusivé para o português (Achenbach, 1991, p. 210), o que constituiu mais uma facilidade na sua administração. Os dados psicométricos da versão portuguesa serão referidos mais à frente. A validade (de conteúdo e de constructo) e a fidelidade do CBCL foram já estudadas (Achenbach, 1991, p.68-110), tratando-se de um bom instrumento de avaliação.

O CBCL é composto por duas partes distintas. A primeira parte contém 20 itens que avaliam a competência social (CS) das crianças, pela quantidade e qualidade do seu envolvimento em várias actividades e relações sociais. Os itens agrupam-se em três sub-escalas:

- a sub-escala de actividades (CSA) - avalia o número de desportos, passatempos e tarefas nas quais a criança participa e a qualidade da sua participação (itens I-A, I-B, II-A, II-B, IV-A e IV-B);

- a sub-escala social (CSS) - diz respeito ao número de organizações, clubes ou equipas nas quais a criança participa, ao número de amigos que tem e frequência de

contactos e ainda à forma como a criança se comporta sózinha e com os outros (itens III-A, III-B, V-A, V-B, VI-A e VI-B);

- a sub-escala escolar (CSE) - refere-se a alguns aspectos da escolaridade, percebidos pelos pais (itens VII-A, VII-B, VII-C e VII-D).

Na última parte, referente às competências sociais, encontramos algumas questões abertas, não numeradas, que servem para a aquisição de mais informações acerca de eventuais doenças ou deficiências da criança, acerca das preocupações que os pais têm dos filhos e ainda acerca das “melhores coisas” que os pais identificam nas suas crianças. Todos os itens são cotados de acordo com as instruções fornecidas no Apêndice A do *“Manual for the Child Behavior Checklist / 4-18 and 1991 Profile”* (Achenbach 1991, p. 246-248). Devido à influência das variáveis sexo e idade na aquisição do repertório de competências sociais, a escala de avaliação tem formas distintas para rapazes e raparigas em dois níveis etários (6/11 anos; 12/18 anos). *“The mean of the rs for all competence scales was .87...”* (Achenbach, 1991, p.72). Para a análise das competências sociais entramos em linha de conta com os scores T (resultados normalizados fornecidos por Achenbach (1991)).

A segunda parte do CBCL é constituída por 120 itens (sendo dois deles abertos) que abordam diferentes problemas de comportamento, abarcando uma enorme diversidade de perturbações emocionais/comportamentais relevantes para a saúde mental infantil e juvenil. Os itens foram escolhidos de forma a representar os problemas mais frequentes da psicopatologia da criança, facultando uma forma de validação nos síndromes constituintes dos grandes sistemas de diagnóstico.

Este instrumento é aplicado com o objectivo de despistagem e não de diagnóstico. Apesar disso, a sua validade tem sido pesquisada de várias formas e parece consensual o seu poder discriminativo, na maior parte dos casos, entre os grupos clínicos (i. e. aqueles que apresentam psicopatologia) e os grupos não clínicos (i. e. aqueles considerados saudáveis). Aliás, o principal critério de avaliação da validade do instrumento tem sido a sua capacidade para identificar crianças e jovens cujas perturbações comportamentais requerem uma intervenção clínica de profissionais qualificados.

A interpretação dos resultados no questionário pode basear-se nos resultados obtidos em cada um dos factores identificados através da análise factorial e designados de síndromes e/ou escalas (isolamento social (IS), queixas somáticas (QS), ansiedade/depressão (AD), problemas sociais (PS), problemas de pensamento (PP), problemas de atenção (PA), comportamento delinquente (CD) e comportamento agressivo (CA)). Estes síndromes agrupam-se em duas grandes categorias de problemas de comportamento: os problemas externalizáveis (PE) e os problemas internalizáveis (PI) (ver Parte I-A, capítulo 8, no presente trabalho).

Para cada problema de comportamento do CBCL, os pais assinalam a resposta “0”, “1” ou “2”, sendo “0” não verdadeira, “1” às vezes verdadeira e “2” muitas vezes verdadeira. É obtido então um score nos diferentes síndromes indentificados através da soma das pontuações nos itens que os compõem. Estes scores podem ser posteriormente comparados com os scores normalizados (T score) e assim, para cada síndrome verifica-se se a criança se situa dentro dos parâmetros da normalidade, nas situações *borderline* ou se apresenta claramente psicopatologia (Anexo II). As instruções fornecidas no Apêndice A do “*Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-*

18 and 1991 Profile” (Achenbach, 1991, p. 249-251) permitem obter os scores nos diferentes síndromes. Para a obtenção do score referente à categoria de problemas de comportamento internalizáveis (PI) procede-se ao somatório dos scores nos síndromes isolamento social (IS), queixas somáticas (QS) e ansiedade/depressão (AD), e subtrai-se a pontuação do item 113. O score na categoria de problemas de comportamento externalizáveis (PE) obtém-se pela soma dos scores nos síndromes comportamento delinquente (CD) e comportamento agressivo (CA). Também para estas duas categorias de comportamentos existem scores normalizados (T score) que permitem situar a criança num padrão normal, *borderline* ou psicopatológico (a título de exemplo apresentamos o Anexo II referente às raparigas). Para a análise dos resultados por nós obtidos tivemos em conta, para os problemas de comportamento internalizáveis e externalizáveis, os valores dos scores T, apresentados por Achenbach (1991).

Devido à influência das variáveis sexo e idade na prevalência e características das perturbações de comportamento, a escala de avaliação tem formas distintas para rapazes e raparigas em três níveis etários (4/5 anos; 6/11 anos; 12/18 anos). “...*the mean of the rs for all problems scales was .89...*” (Achenbach, 1991, p.72).

Os problemas que constituem as categorias internalizável e externalizável não são mutuamente exclusivos (como já vimos na primeira parte deste trabalho), pelo que a mesma criança pode apresentar simultaneamente os dois tipos de problemas. Achenbach (1991) encontrou uma correlação de 0.52 entre as duas categorias de problemas de comportamento. Apesar desta associação positiva, algumas crianças apresentam predominantemente problemas numa categoria. “*Numerous studies have in fact shown significant differences between children classified as having primarily Internalizing versus primarily Externalizing problems*” (e.g. Achenbach, 1966;

Achenbach & Lewis, 1971; Katz, Zigler, & Zalk, 1975; McConaughy, Achenbach, & Gent, 1988; Weintraub, 1973; cit. Achenbach, 1991, p. 65).

Na sua versão portuguesa, por nós utilizada e resultante da primeira tentativa de validação e standardização, o CBCL é designado por Inventário de Comportamentos para Pais (ICCP), apresentando boas qualidades psicométricas. No que se refere à estabilidade, Achenbach (1991, p.79) obteve coeficientes de 0,56 e 0,72 para intervalos de 1 e 2 anos respectivamente (Fonseca et al., 1994, p.57). O ICCP é um instrumento com uma boa consistência interna (com coeficientes alfa das escalas superiores a 0,70 em 5 sub-escalas), com validade e com uma crescente utilização no domínio da psicopatologia infantil. “Com tais qualidades psicométricas e com esta estrutura, o ICCP tornou-se de certo modo o padrão de referência e comparação de outras medidas do mesmo género...” (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994, p.58).

A maioria dos trabalhos nesta área aceita, à partida “... a composição factorial americana, limitando-se os seus autores a determinar valores normativos na própria cultura ou comunidade. Os únicos dados normativos e psicométricos sobre a última versão deste questionário continuam a ser os do Achenbach, que são relativos aos Estados Unidos da América” (Fonseca, et al., 1994, p.58).

3.3 2 Escala de Auto-conceito de Susan Harter (Self Perception Profile) (Anexo III):

Esta escala analisa a forma como as crianças e os pré-adolescentes percebem a sua competência em diferentes domínios e avaliam a sua auto-estima.

“Subjacente à construção desta escala estão os pressupostos de multidimensionalidade do auto-conceito e de uma concepção da auto-estima enquanto medida independente do somatório simples dos scores em diferentes áreas. Assim este instrumento fornece medidas separadas das competências percebidas em diferentes domínios e uma medida independente da auto-estima global” (Martins, M., Peixoto, F., Mata, L. & Monteiro, D., 1995, p.82). A auto-estima resulta da relação entre a competência do sujeito e o seu nível de aspiração (James, 1892, cit. Harter, 1985), pelo que o sucesso em domínios considerados importantes resultará em níveis elevados de auto-estima. Por seu lado, a baixa competência percebida em domínios considerados importantes levará à diminuição da auto-estima e a competência em domínios considerados como sem importância não levará a mudanças significativas na auto-estima. Assim, poder-se-á fazer a comparação entre a percepção da competência com a importância atribuída, através da análise das discrepâncias entre estes dois aspectos. *“The bigger this discrepancy score in a negative direction, that is, the more one’s importance scores exceed one’s competence-adequacy judgments, the lower one’s self-worth should be.”* (Harter, 1987, p.221).

Em termos estruturais esta escala constitui-se também pela sub-escala do perfil de auto-percepção e a sub-escala de importância atribuída. O perfil de auto-percepção apresenta igualmente várias sub-escalas separadas, cada uma composta por 6 itens

referentes a domínios específicos: competência escolar (AECE), aceitação social (AEAS), competência atlética (AECA), aparência física (AEAF), atitude comportamental (AEC) e ainda uma sub-escala que avalia a auto-estima global (AE). Contém 36 itens.

A sub-escala de importância atribuída avalia precisamente a importância que a criança atribui à competência nos diferentes domínios considerados: importância atribuída à competência no domínio da competência escolar (IAECA); importância atribuída à competência no domínio da aceitação social (IAEAS); importância atribuída à competência no domínio da competência atlética (IAECA); importância atribuída ao domínio da aparência física (IAEAF) e importância atribuída ao domínio do comportamento (IAEC). É constituída por 10 itens, sendo a sua estrutura, formato, administração e cotação idênticos à sub-escala do perfil de auto-percepção.

A escala de auto-conceito de S. Harter (Self Perception Profile) destina-se a crianças e pré-adolescentes entre os 8 e os 12 anos, com níveis de escolaridade entre o 3º e 6º anos. Foi construída inicialmente por S. Harter, em 1985, a partir da Perceived Competence Scale for Children (Harter, 1982). *"The findings indicate that the goal of constructing a self-report measure which provides a profile of the child's perceived competence and general self-worth has been adequately achieved"* (Harter, 1982, p.94-95).

Escolhemos esta versão da escala Self Perception Profile (a qual se baseou, no início, nos trabalhos de Correia (1989) e Senos (1990); cit. Martins et al., 1995) por apresentar boas propriedades psicométricas. "De uma forma geral os resultados por nós obtidos revelam uma estrutura idêntica à apresentada por Susan Harter (1985). A versão portuguesa da escala respeita, assim, o postulado subjacente à sua construção, isto é, o da avaliação de 5 domínios específicos do auto-conceito" (Martins, et al.,

1995, p.85). Os coeficientes de consistência interna (alfa de Cronbach) para as sub-escalas do perfil de auto-percepção variam entre 0,53 e 0,72. A estabilidade temporal avaliada pelo coeficiente de correlação de Pearson entre duas aplicações apontam para uma boa estabilidade (correlação estatisticamente significativa para todas as sub-escalas, com $p < 0,01$), com 0.46 para a sub-escala de aceitação social e 0,78 para a competência atlética, ambas da escala de importância atribuída.

Colocámos de lado a adaptação do Self Perception Profile for Children de Harter, de Faria & Fontaine (1995), uma vez que “O estudo das qualidades psicométricas da versão portuguesa, através da análise factorial e do alpha de Cronbach, evidencia resultados inferiores aos da versão original, reflectindo uma baixa diferenciação das várias facetas do auto-conceito nas crianças e pré-adolescentes e a relativa instabilidade das várias dimensões neste período do ciclo vital” (Faria, L. & Fontaine, A. M., 1995, p.323).

3.3.3 Matrizes Coloridas Progressivas de Raven (MCPR):

A construção das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven sustentou-se nos mesmos princípios teóricos subjacentes à forma geral (das Matrizes Progressivas Standardizadas de Raven). Todo o referencial teórico é orientado por princípios oriundos da Teoria dos dois factores de Spearman (Factor “g”), da Teoria da *Gestalt* e da perspectiva desenvolvimental da inteligência.

Trata-se de um teste cujos resultados não parecem ser mediados por factores culturais ou por elementos relativos ao treino ou à familiarização (todos os itens do teste foram elaborados de modo a que a solução dos mesmos ocorresse dentro da

percepção espacial de uma configuração). Ele implica a capacidade para fazer comparações, o raciocínio por analogia e o desenvolvimento de um método lógico de pensar independentemente da informação adquirida. Esta capacidade desenvolve-se ao longo do tempo, isto é, com a maturação do organismo.

Segundo Raven, a criança entre os cinco e os dozes anos passa por cinco fases no seu desenvolvimento cognitivo:

- distinção de figuras idênticas e figuras diferentes e distinção de figuras similares e dessemelhantes;
- avaliação da orientação da figura em relação ao seu próprio corpo ou a outros objectos do campo perceptivo;
- percepção de duas ou mais figuras discretas como formando um todo, ou uma entidade individual organizada;
- análise do todo nas suas partes constituintes e distinção entre o que aparece no real e o que ela próprio acrescenta;
- comparação de transformações análogas nas constituintes percebidas e usá-las como um método lógico para raciocinar.

Estas fases são avaliadas nos 36 itens constitutivos do teste, apresentados com uma sequência de dificuldade crescente.

As MCPR não são um teste de inteligência geral, mas um teste avaliador da capacidade intelectual não verbal, e em particular, da capacidade da criança para o comportamento perceptivo, para o raciocínio concreto por analogia espacial e para o raciocínio abstracto por analogia.

“... o raciocínio como conceito central subjacente aos vários tipos de teorias e modelos que fazem referência explícita ao teste das Matrizes Coloridas, corresponde

ao “factor geral de raciocínio” presente em todas as tarefas cognitivas. (...)o raciocínio parece ser o denominador comum, a dimensão repetível na maior parte das formulações teóricas e, por isso mesmo, o ponto de referência indispensável para nos entendermos.” (Simões, 1994, p. 118 e 119).

Foi a partir dos seus estudos com a população portuguesas que tivemos acesso a normas (quer por idades, quer por níveis escolares) e indicações relativas à composição normal dos resultados).

Por todos estes aspectos e pela sua fácil administração adoptámos as MCPR para avaliar a capacidade de raciocínio não verbal (CRNV) presente em todas as tarefas cognitivas nas crianças pertencentes à nossa amostra. Pensamos ser mais proveitoso para o nosso estudos ter uma noção acerca deste aspecto do que obtermos índices discretos acerca desta ou daquela capacidade/aptidão intelectual, sempre relativas e muitas vezes influenciadas por aspectos culturais e de treino.

Os resultados obtidos na aplicação deste teste podem apresentados numa classificação com cinco classes (intelectualmente superior, nitidamente acima da capacidade intelectual média, capacidade intelectual média, nitidamente abaixo da capacidade intelectual média e capacidade intelectual inferior), de acordo com o percentil alcançado para cada grupo etário.

Na determinação do percentil de cada uma das crianças da nossa amostra utilizámos o quadro de valores normativos indicado por Simões (1994, p.352), referentes à aplicação individual: normas em percentis, médias e desvios-padrão por níveis etários em anos.

A consistência interna (alfa de Cronbach) é de 0,89. A estabilidade varia de acordo com a idade e sexo, de 0,87 a 0,89 após um mês da primeira aplicação. Foram

encontrados bons resultados para a validade de constructo e resultados razoáveis para a validade concorrente.

3.3.4 Escala de Coesão e Adaptabilidade Familiar FACES II (Anexo IV):

Para a avaliação do sistema familiar, fortemente implicado na saúde e patologia infantis, optámos pela utilização da versão portuguesa da escala de auto-avaliação FACES II, baseada num Modelo Circumplexo de Olson, traduzido para a nossa população pela Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar. Uma vez que a escala foi construída para avaliar a dinâmica familiar, os itens focam-se nas características sistémicas de todos os membros da família, que vivem habitualmente na mesma casa. O Modelo de Olson, usa-se sob a forma de dois tipos de escalas: a escala de avaliação clínica para profissionais (*Clinical Rating Scale*) e a escala de auto-avaliação FACES por nós utilizada (*Family Adaptability and Coesion Evaluation Scale*). O Modelo de Olson et al. parece melhor construído do ponto de vista conceptual e estatístico: reúne as ideias de mais de cinquenta autores e, desde 1986, tem sido submetido a extensa investigação estatística e prática (Benoit et al., 1988, cit. Subtil, 1995, p.87).

Segundo o modelo adoptado, existem três dimensões centrais no comportamento familiar: a coesão (CF), a adaptabilidade/flexibilidade (AF) e a comunicação. Estas dimensões são relevantes dado que vários teóricos e terapeutas têm desenvolvido independentemente conceitos com elas relacionados.

A coesão familiar (CF) avalia o grau em que os membros da família estão separados ou ligados à família. Pode ser definida como as ligações emocionais que os membros da família estabelecem entre si. A coesão familiar deverá manter-se num

ponto de equilíbrio por forma a permitir o funcionamento adequado da família.

Famílias muito coesas ou famílias com um baixo grau de coesão são normalmente famílias disfuncionais. Os limites familiares desaparecem, as coligações tornam-se problemáticas e o envolvimento emocional poderá também cair em situações extremas. A intimidade inapropriada, por exemplo, nas situações de abuso sexual e os efeitos destrutivos das situações de negligência podem tornar-se paradigmáticos na ilustração dos dois pólos externos da coesão familiar, ambos desequilibradores e promotores de um desenvolvimento desadequado. Assim, encontramos famílias pouco coesas ou desmembradas, famílias muito coesas ou emaranhadas e famílias com um nível de coesão intermédio (ligadas e separadas).

A adaptabilidade familiar (AF) relaciona-se com o grau de flexibilidade do sistema familiar e com a sua capacidade de mudança. Pode ser definida como a capacidade do sistema para mudar a sua estrutura, os seus papéis relacionais e as regras de relacionamento em resposta ao stress situacional e desenvolvimental. A adaptabilidade varia entre os pólos de estabilidade e mudança e envolve aspectos de liderança, negociação, disciplina, regras e papéis. Distinguem-se então as famílias com um nível baixo, intermédio e elevado de adaptabilidade/flexibilidade, sendo os níveis baixo e elevado os mais disfuncionais.

A comunicação familiar facilita o movimento nas duas dimensões (coesão e adaptabilidade) mas não é usada na matriz do modelo. Pode ser definida como a capacidade de abertura, clareza, rigor e mutualidade na comunicação.

Assim, de acordo com o Modelo de Olson podemos encontrar 16 tipos de sistemas familiares (resultantes da combinação dos quatro níveis da dimensão coesão com os quatro níveis da dimensão adaptabilidade):

TABELA 2 - 16 Tipos de Sistemas Familiares Definidos no Modelo de Olson

		ADAPTABILIDADE			
		RÍGIDOS	ESTRUTURADOS	FLEXÍVEIS	CAÓTICOS
C O E S Ã O	EMARANHADOS	RÍGIDOS EMARANHADOS	ESTRUTURADOS EMARANHADOS	FLEXÍVEIS EMARANHADOS	CAÓTICOS EMARANHADOS
	LIGADOS	RÍGIDOS LIGADOS	ESTRUTURADOS LIGADOS	FLEXÍVEIS LIGADOS	CAÓTICOS LIGADOS
	SEPARADOS	RÍGIDOS SEPARADOS	ESTRUTURADOS SEPARADOS	FLEXÍVEIS SEPARADOS	CAÓTICOS SEPARADOS
	DESMEMBRADOS	RÍGIDOS DESMEMBRADOS	ESTRUTURADOS DESMEMBRADOS	FLEXÍVEIS DESMEMBRADOS	CAÓTICOS DESMEMBRADOS

Estes 16 tipos são agrupados em três tipos mais gerais, que definem o nível de funcionalidade familiar (FF):

- 4 tipos são moderados em ambas as dimensões, coesão e adaptabilidade (tipo equilibrado). São os mais viáveis no que diz respeito ao funcionamento familiar saudável.
- 8 tipos são extremos numa das dimensões e moderados noutra (tipos intermédios).
- 4 tipos são extremos em ambas as dimensões (tipos extremos). São os mais problemáticos para as famílias, ao longo do tempo.

O inventário FACES II é constituído por 30 itens, 16 para a dimensão coesão e 14 para a dimensão adaptabilidade.

Na dimensão coesão encontram-se 8 conceitos que a avaliam e que se traduzem pelos seguintes itens:

- Itens 1 e 17 - laços emocionais;
- Itens 3 e 19 - fronteiras familiares;
- Itens 9 e 29 - coligações;
- Itens 7 e 23 - tempo;
- Itens 5 e 25 - espaço;
- Itens 11 e 27 - amigos;
- Itens 13 e 21 - tomada de decisão;
- Itens 15 e 30 - interesses e aspectos recreativos.

Na dimensão adaptabilidade encontram-se 6 conceitos específicos que a avaliam e que se traduzem pelos seguintes itens:

- Itens 2, 14 e 28 - assertividade
- Itens 4 e 16 - liderança (controle)
- Itens 6 e 16 - disciplina
- Itens 8, 20 e 26 - negociação
- Itens 10 e 22 - papéis
- Itens 12 e 24 - regras.

A administração do instrumento é muito simples. O indivíduo tem apenas que ler cada uma das frases (itens) e decidir, para cada uma delas, a frequência de ocorrência do comportamento na sua própria família (numa escala de 1 a 5, desde quase nunca até quase sempre). As pontuações para cada uma das dimensões são obtidas através de fórmulas bastante simples e, posteriormente, são convertidas numa escala de 1 a 8.

Os autores recomendam o uso do FACES II, apesar da existência das versões FACES III e FACES IV, dado que:

- a consistência interna, avaliada pelo α de Cronbach é maior, uma vez que o FACES II contém mais itens (0,87 para a coesão; 0,78 para a adaptabilidade e 0,90 para a escala total);
- a validade concorrente é maior para o FACES II, especialmente no que diz respeito à adaptabilidade familiar. Isto significa que outros instrumentos que avaliam constructos similares à coesão e à adaptabilidade familiares correlacionam-se de forma elevada com o FACES II.

Por se tratar de uma escala que avalia a dinâmica familiar, centrada na família enquanto sistema, pela sua fácil aplicação e análise e pela adaptação portuguesa já realizada pela Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar, optámos pela sua utilização

3.3.5 Questionário de Acontecimentos de Vida (Anexo V):

As alterações que têm lugar nos contextos de vida dos indivíduos e a experiência subjectiva dessas mesmas alterações exigem adaptações importantes. Das estratégias que o indivíduo utiliza para lidar com os seus acontecimentos de vida resulta, muitas vezes, o aparecimento ou ausência de psicopatologia. Os acontecimentos de vida recentes e stressantes, e a adversidade contextual estão associados a situações subsequentes de doença referidas pelos sujeitos (Rahe, 1977). No sentido de conhecer a percepção que os sujeitos têm da adversidade contextual e para avaliar a quantidade de acontecimentos de vida experienciados, pedimos aos pais para preencherem o questionário de acontecimentos de vida. Este questionário é constituído por um leque alargado de acontecimentos de vida, relacionados com a saúde, trabalho, família, questões pessoais / pessoais e assuntos financeiros. Utilizámos uma tradução do *Recent Life Changes Questionnaire* (Rahe, 1977), constituído na sua versão original por 55 itens. Na nossa tradução eliminámos alguns itens que não se adaptavam à nossa população. O questionário refere-se aos acontecimentos de vida ocorridos nos dois últimos anos. Se determinado acontecimento de vida foi experienciado naquela família, é pedido aos pais para avaliarem o impacto que teve nas suas vidas, numa escala de *Likert*, de 1 a 5, do menor para o maior impacto. Desta forma conhecemos a



percepção subjectiva da experiência do acontecimento de vida, sabendo que esta experiência recente é influenciada pela experiência passada deste acontecimento.

Quanto à estabilidade do instrumento, os autores verificaram que numa situação de teste-reteste, com o intervalo de uma semana, existiam elevadas correlações, entre 0,87 e 0,90. Quando o intervalo de tempo se estendia a 6 e 9 meses, a correlação encontrada varia de 0,55 a 0,70. Nos estudos acerca da validade, verificou-se que em casais separados existe um grau de concordância na avaliação dos acontecimentos de vida recentes, com uma correlação entre 0,50 e 0,75. *"Validity studies suggest that life changes data over the past year are of acceptable veracity."* (Rahe, 1977).

No nosso estudo, definimos a variável quantidade de acontecimentos de vida (QAV), pelo somatório dos acontecimentos de vida que foram experienciados pela família.

A variável impacto dos acontecimentos de vida (IAV) refere-se à avaliação subjectiva do sujeito e é operacionalizada pelo somatório das pontuações na escala de *Likert*, para os acontecimentos de vida experienciados. Quanto maior essa pontuação, maior impacto tiveram os acontecimentos, na vida e funcionamento familiar.

3.3.6 Questionário aos Professores (Anexo VI):

No sentido de obtermos informação acerca do funcionamento da criança fora do contexto familiar, optámos por recolher alguns dados junto dos professores, pois no grupo etário a que pertence a nossa amostra, o contexto escolar adquire uma significância inegável no desenvolvimento. Assim sendo, elaborámos uma série de questões que constituem o que designamos por questionário demográfico aos

professores. Nele colocámos algumas questões de escolha múltipla, relacionadas com o grau de conhecimento que o professor tem do aluno (questão 1), com o desempenho do aluno em termos académicos (questões 2 e 3), com a motivação/interesse manifestada(o) pelas actividades escolares (questão 4), com o comportamento do aluno no contexto da sala de aula (questões 5 e 6), com o comportamento do aluno face ao professor (questão 7), com a postura, comportamento e relacionamento do aluno com os colegas (questões 8, 9 e 10).

Cada questão foi analisada como uma variável individual. Não foi nossa intenção agrupar questões, no sentido de avaliar dimensões ou domínios do desenvolvimento da criança a partir da percepção dos professores, nem construir um questionário para avaliar a percepção que os professores têm do funcionamento da criança no contexto escolar.

Assim, pretendemos analisar, segundo a informação recolhida junto dos professores:

- o tempo de conhecimento que o professor tem do aluno (TCA);
- o rendimento escolar do aluno (RE);
- a frequência de aulas de apoio, compensação ou ensino especial (AA);
- o interesse/motivação pelas actividades escolares (IAE);
- a adequação comportamental do aluno na sala de aula (ACSA);
- a obediência e reacção positiva face às regras instituídas dentro da sala de aula (OSA);
- a adequação comportamental do aluno face ao professor (ACP);
- a ausência de conflitos com os colegas (CC);
- a aceitação, por parte dos colegas, do comportamento e atitudes do aluno (AC);

- o não isolamento do aluno fora da sala de aula (IFSA);
- a ausência de sinais evidentes de tristeza (SET).

As variáveis ausência de conflito com os colegas, não isolamento fora da sala de aula e ausência de sinais evidentes de tristeza, aparecem formuladas pela negativa, apesar de no questionário aparecerem formuladas de forma inversa. Contudo, uma vez que a pontuação por nós atribuída diminui com a conflituosidade para com os colegas, isolamento fora da sala de aula e sinais evidentes de tristeza, decidimos definir as variáveis da maneira acima referida.

A pontuação atribuída a cada uma das questões pode ser observada no anexo V.

Estes dados obtidos pretendem facultar alguma informação adicional que poderá revelar-se importante pela sua interacção com outras variáveis, quer ligadas à criança, quer associadas ao seu funcionamento familiar. A recolha destas informações torna-se bastante pertinente pois sabemos que constituem variáveis ligadas ao funcionamento da criança no contexto escolar, associadas ao risco para o aparecimento e manutenção da psicopatologia.

Este questionário é portanto constituído por 10 questões de escolha múltipla. É de fácil preenchimento e não parece trazer dúvidas dada a directividade das questões.

3.4 PROCEDIMENTOS:

A recolha de dados para a nossa investigação só teve lugar após o contacto com as instituições envolvidas (hospital e escola) e após o consentimento informado das mesmas.

- Na amostra de crianças com psicopatologia, isto é aquelas que recorreram ao serviço hospitalar, a recolha de informação foi feita do seguinte modo:

- Com as crianças:

Era-lhes pedido para participarem num jogo (administração das Matrizes Coloridas Progressivas de Raven) e, de seguida, preenchiam o questionário de auto-conceito de Susan Harter. Algumas destas crianças apresentavam dificuldades ao nível da leitura pelo que, nestas circunstâncias, todos ou alguns itens eram lidos por nós em voz alta e as crianças assinalavam a sua opção no protocolo. A recolha de dados foi feita num dos gabinetes do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de São Teotónio de Viseu, sempre em situação individual.

- Com os pais:

Era-lhes pedida a sua colaboração no estudo em questão, após lhes serem fornecidas as informações que o caracterizam, nomeadas as instituições envolvidas e garantido o carácter confidencial e anónimo de toda a informação recolhida. Colocou-se em evidência a facultatividade da sua participação.

Em relação ao questionário CBCL, foi-lhes explicada a forma de preenchimento, tendo como referência o comportamento da criança nos últimos 6 meses. Como o nível de compreensão da leitura exigido corresponde ao 5º ano de escolaridade, sempre que as habilitações académicas eram inferiores ou quando pareciam evidentes as dificuldades na leitura / compreensão dos itens, estes eram lidos em voz alta por nós e de seguida eram anotadas as respostas.

A mesma forma de administração foi adoptada em relação aos questionários FACES II e ao questionário de acontecimentos de vida por nós traduzido e reformulado.

-Com os professores:

O questionário administrado aos professores era enviado pelo correio, acompanhado de uma informação acerca da natureza do estudo e solicitando a sua participação.

- Na amostra de crianças pertencentes ao grupo de comparação (grupo não clínico) a recolha de informação foi feita da seguinte forma:

-Com as crianças:

A recolha de informação foi feita de forma idêntica às crianças do grupo clínico. Esta recolha teve lugar na escola (Escola Básica Integrada de São Pedro do Sul), fora do contexto da sala de aula e em situação individual.

-Com os pais:

Recolhemos os dados através do envio para casa dos questionários utilizados. Estes questionários eram acompanhados de uma informação acerca do estudo a realizar, apelando à sua participação, mas sublinhando o seu carácter facultativo. Os pais das crianças pertencentes a este grupo preencheram apenas a parte do questionário CBCL, relativa à avaliação das competências sociais da criança, o questionário FACES II e o questionário de acontecimentos de vida.

-Com os professores:

Optámos por um contacto directo, pedindo-lhes que preenchessem o questionário por nós formulado e do qual constavam alguns dos possíveis comportamentos da criança no contexto escolar. Desta forma, para além de retirar-mos informação acerca do comportamento da criança num dos seus mais importantes contextos de interacção, colmatámos a necessidade de completar algumas das informações dos pais e de verificar o comportamento das crianças em diferentes tipos de situações em que são observadas. Todos os professores se mostraram disponíveis e colaboraram de imediato.

4. RESULTADOS

Iremos de seguida apresentar os resultados estatisticamente significativos do tratamento de dados que efectuámos.

4.1 RESULTADOS REFERENTES AO PRIMEIRO OBJECTIVO GERAL E RESPECTIVOS OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

No sentido de alcançarmos o nosso primeiro objectivo geral analisámos quais as variáveis que diferenciam de forma estatisticamente significativa os grupos com e sem psicopatologia. Os resultados poderão ser observados de forma mais sucinta na Tabela 3. As variáveis associadas à família (coesão, adaptabilidade e funcionalidade familiares)

não constam desta tabela, pois foram submetidas a um tratamento estatístico diferente.

Serão analisadas mais à frente.

Tabela 3- Médias do grupo sem psicopatologia e grupo com psicopatologia, valor de t , obtido no t-test e a significância

	M - Grupo de Comparação	M - Grupo com Psicopatologia	Valor de t	Valor de p
CRNV	58,93	39,96	-3,18	< 0,003
AECE	2,64	2,36	-2,15	< 0,04
AE	3,52	3,29	-2,19	< 0,04
IAEAS	3,58	3,31	-2,03	< 0,05
IAECA	3,44	3,05	-2,49	< 0,02
IAEAF	3,18	2,44	-4,46	< 0,001
IAEC	3,67	3,40	-2,22	< 0,04
TCA	3,91	2,38	-5,21	< 0,001
RE	3,77	2,38	-5,76	< 0,001
AA	0,05	0,69	4,57	< 0,001
IAE	4,02	3,23	-3,08	< 0,004
ACSA	3,94	2,92	-3,35	< 0,005
OSA	4,40	3,69	-2,30	< 0,03
ACP	4,28	3,61	-2,97	< 0,006
CC	4,45	3,53	-2,73	< 0,02
AC	3,85	3,15	-2,71	< 0,02
IFSA	4,82	3,76	-4,00	< 0,002
SET	4,68	3,30	-5,30	< 0,001
IAV	14,37	27,44	3,57	< 0,002
QAV	4,42	7,51	3,26	< 0,03
CSA	5,54	3,79	-3,92	< 0,001
CSS	6,80	4,53	-4,86	< 0,001
CSE	5,12	3,66	-5,42	< 0,001
CS	46,57	33,62	-7,18	< 0,001

CRNV-Capacidade de raciocínio não verbal; AECE-Auto-estima - Domínio da competência escolar; AE-Auto-estima global; IAEAS-Importância atribuída à competência no domínio da aceitação social; IAECA-Importância atribuída ao domínio da competência atlética; IAEAF-Importância atribuída ao domínio da aparência física; IAEC-Importância atribuída ao domínio do comportamento; TCA-Tempo de conhecimento do aluno por parte do professor; RE-Rendimento escolar; AA-Aulas de apoio, compensação ou ensino especial; IAE-Interesse / motivação pela actividades escolares; ACSA-Adequação comportamental dentro da sala de aula; OSA-Obediência e reacção positiva às regras instituídas dentro da sala de aula; ACP-Adequação comportamental face ao professor; CC-Ausência de conflito com os colegas; AC-Aceitação, por parte dos colegas, do comportamento e atitudes do aluno; IFSA-Não isolamento fora da sala de aula; SET-Ausência de sinais evidentes de tristeza; IAV-Impacto dos acontecimentos de vida; QAV-Quantidade dos acontecimentos de vida; CSA-Quantidade e qualidade do envolvimento em actividades sociais; CSS-Quantidade e qualidade do envolvimento em relações sociais; CSE-Competências sociais no que diz respeito às tarefas e comportamentos escolares; CS-Quantidade e qualidade do envolvimento na globalidade das actividades e relações sociais

- Capacidade de raciocínio não verbal

O grupo de comparação apresenta na variável capacidade de raciocínio não verbal (CRNV) um percentil médio de 58,93, enquanto que o grupo com psicopatologia apresenta um percentil médio de 39,96. Esta diferença foi verificada utilizando o t test para amostras independentes, mostrando-se significativa, $t(60) = -3,18$, $p < 0,003$. Logo, esta variável diferencia claramente os dois grupos de crianças.

- Variáveis referentes à auto-estima

As crianças sem psicopatologia obtêm uma média de 2,64 na variável auto-estima referente ao domínio da competência escolar (AECE). Por seu lado, o grupo com psicopatologia apresenta uma média de 2,36. Esta diferença foi verificada utilizando o t test para amostras independentes, mostrando-se significativa, $t(60) = -2,15$, $p < 0,04$.

Foi igualmente verificada, através do t test para amostras independentes, uma diferença significativa entre o grupo de comparação e o grupo com psicopatologia, $t(60) = -2,19$, $p < 0,04$. O grupo de comparação apresenta na variável auto-estima global (AE) uma média de 3,52, enquanto que o grupo com psicopatologia apresenta uma média de 3,29.

O grupo de comparação apresenta uma média de 3,58 na variável importância dada à competência no domínio da aceitação social (IAEAS). Para a mesma variável, o grupo com psicopatologia apresenta uma média de 3,31. Esta diferença foi analisada

através do t test para amostras independentes, mostrando-se significativa, $t(60) = -2,03$, $p < 0,05$.

O grupo de comparação apresenta valores superiores na variável referente à importância da competência no domínio da competência atlética (IAECA) ($M = 3,44$), contrastando com a média de 3,05 do grupo com psicopatologia. Esta diferença mostrou-se significativa, $t(60) = -2,49$, $p < 0,02$, através do t test para amostras independentes.

As crianças sem psicopatologia apresentam na variável referente à importância à aparência física (IAEAF) uma média de 3,18, enquanto que o grupo com psicopatologia apresenta uma média de 2,44. Esta diferença foi verificada através do t test para amostras independentes, mostrando-se significativa, $t(60) = -4,46$, $p < 0,001$.

Verificou-se, com o recurso ao t-test para amostras independentes, uma diferença significativa entre a média de 3,67 obtida pelo grupo de comparação na variável referente à importância atribuída ao comportamento (IAEC) e a média de 3,40 obtida pelo grupo com psicopatologia, $t(60) = -2,22$, $p < 0,04$.

- Variáveis referentes ao funcionamento no contexto escolar

O grupo de comparação apresenta na variável referente ao tempo de conhecimento que o professor tem do aluno (TCA) uma média de 3,91, enquanto que o grupo com psicopatologia apresenta uma média de 2,38, diferença verificada através do t test para amostras independentes, mostrando-se significativa, $t(12,67) = -5,21$, $p < 0,001$.

As crianças com psicopatologia apresentam uma média de 3,77 no rendimento escolar (RE), ao passo que o grupo com psicopatologia apresenta uma média de 2,38. Esta diferença foi verificada através do t test para amostras independentes, mostrando-se significativa, $t(46) = -5,76$, $p < 0,001$.

Os alunos sem psicopatologia têm uma menor frequência de aulas de apoio, compensação ou ensino especial (AA), com uma média de 0,05. Esta média difere bastante da média obtida pelo grupo com psicopatologia ($M = 0,69$). Com o recurso ao t test para amostras independentes esta diferença mostrou-se significativa, $t(14,20) = 4,57$, $p < 0,001$.

As crianças sem psicopatologia interessam-se e motivam-se mais pelas actividades escolares (IAE), obtendo uma média de 4,02. O grupo com psicopatologia apresenta uma média de 3,23. Esta diferença foi verificada através do t test para amostras independentes, mostrando-se significativa, $t(46) = -3,08$, $p < 0,004$.

O grupo de comparação difere, na variável referente ao grau de adequação comportamental dentro da sala de aula (ACSA), do grupo com psicopatologia obtendo uma média de 3,94 e 2,92 respectivamente. Através do t test para amostras independentes, verificámos que se trata de uma diferença significativa, $t(14,99) = -3,35$, $p < 0,005$.

Em relação à variável obediência e reacção positiva às regras instituídas dentro da sala de aula (OSA), encontramos uma média de 4,40 nas crianças sem psicopatologia e uma média de 3,69 no grupo com psicopatologia. O t test para amostras independentes revelou uma diferença significativa entre os dois grupos, $t(46) = -2,30$, $p < 0,03$.

O grupo sem psicopatologia apresenta na variável referente à adequação comportamental do aluno face ao professor (ACP) uma média de 4,28, enquanto que o

grupo com psicopatologia apresenta uma média de 3,61. Esta diferença foi verificada através do t test para amostras independentes, mostrando-se significativa, $t(46) = -2,97$, $p < 0,006$.

Verificou-se também uma diferença significativa entre a média de 4,45 na ausência de conflito com os colegas (CC), alcançada pelo grupo de comparação, e a média obtida pelo grupo com psicopatologia ($M = 3,35$). Esta diferença foi analisada através do t test para amostras independentes, mostrando-se significativa, $t(16,02) = -2,73$, $p < 0,02$.

O grupo de comparação apresenta na variável referente à aceitação, por parte dos pares, do comportamento e atitudes do aluno (AC) uma média de 3,85, enquanto que o grupo com psicopatologia apresenta uma média de 3,15, diferença esta significativa ao ser verificada através do t test para amostras independentes, $t(14,09) = -2,71$, $p < 0,02$.

As crianças do grupo sem psicopatologia isolam-se menos dos colegas, fora da sala de aula (IFSA), quando comparadas com as crianças com psicopatologia. As médias foram de 4,82 e 3,76, respectivamente, tendo tornado significativa esta diferença, analisada através do t test para amostras independentes, $t(13,55) = -4,00$, $p < 0,002$.

O grupo de comparação atinge uma média de 4,68 enquanto que o grupo com psicopatologia fica-se por uma média de 3,30, no que diz respeito à ausência de sinais evidentes de tristeza (SET). Esta diferença, verificada através do t test para amostras independentes, mostrou-se significativa, $t(17,10) = -5,30$, $p < 0,001$.

Reparamos que as variáveis associadas à percepção que o professor tem do funcionamento do aluno no contexto escolar diferenciam claramente os dois grupos de crianças.

- Variáveis referentes aos acontecimentos de vida

O impacto dos acontecimentos de vida (IAV) atinge uma média de 14,37 nas crianças sem psicopatologia, enquanto que o grupo com psicopatologia apresenta uma média de 27,44. Esta diferença foi verificada através do t test para amostras independentes, mostrando-se significativa, $t(60) = 3,57$, $p < 0,002$.

Da mesma forma, são as crianças do grupo com psicopatologia que experienciam mais acontecimentos de vida ($M = 7,51$), quando comparadas com as crianças sem psicopatologia ($M = 4,42$). Esta diferença foi verificada através do t test para amostras independentes, mostrando-se significativa, $t(60) = 3,26$, $p < 0,003$.

- Variáveis referentes às competências sociais

O grupo de comparação apresenta mais competências sociais, no que diz respeito aos números de desportos, passatempos e tarefas nas quais participa e à qualidade da sua participação (CSA), com uma média de 5,54, enquanto que o grupo com psicopatologia apresenta uma média de 3,79, diferença esta que veio a revelar-se significativa através do t test para amostras independentes, $t(60) = -3,92$, $p < 0,001$.

As competências sociais da criança, no que diz respeito ao número de organizações, clubes ou equipas nas quais participa, amigos e frequência de contactos e ainda a forma como se comporta sozinha e com os outros (CSS) são mais evidentes no grupo saudável ($M=6,80$), do que no grupo com psicopatologia ($M=4,53$). Esta diferença foi verificada através do t test para amostras independentes, mostrando-se significativa, $t(60) = -4,86$, $p < 0,001$.

O grupo de comparação apresenta mais competências sociais no que diz respeito às tarefas e comportamento escolar (CSE) com uma média de 5,12. O grupo com psicopatologia apresenta uma média de 3,66, pelo que verificámos, através do t test para amostras independentes, que se trata de uma diferença significativa, $t(29,32) = -35,42$, $p < 0,001$.

Na totalidade das competências sociais (CS), as crianças sem psicopatologia apresentam uma média de 46,57, enquanto que o grupo com psicopatologia apresenta uma média de 33,62. Esta diferença foi verificada através do t test para amostras independentes, mostrando-se significativa, $t(60) = -7,18$, $p < 0,001$.

- Variáveis referentes à família

No que diz respeito à coesão familiar, verificou-se que 33,33% das crianças do grupo com psicopatologia pertencem a famílias com uma baixa coesão familiar, 14,81% pertencem a famílias com um nível de coesão familiar intermédio e 51,85% pertencem a famílias com uma elevada coesão familiar. No grupo de comparação a percentagem de crianças pertencentes a famílias com grau de coesão intermédio é de 40%, enquanto que os restantes 60% das crianças pertencem a famílias com uma

elevada coesão familiar (Tabela 4a). Uma análise do 2 x 2 do Qui-Quadrado de Pearson revelou que esta diferença é significativa, $\chi^2 (2, N=62) = 15,17, p < 0,001$. Para uma melhor visualização dos resultados, estão disponíveis os gráficos 9 e 10

Tabela 4a-Distribuição dos níveis de coesão familiar pelos grupos com e sem psicopatologia.

	Grupo com Psicopatologia	Grupo de Comparação	
Baixa Coesão Familiar	33,33%	0%	14,5%
Coesão Familiar Intermédia	14,81%	40%	29%
Elevada Coesão Familiar	51,85%	60%	56,5%
	43,5%	56,5%	100%

Gráfico 9 - Percentagem de famílias nos três níveis de coesão familiar no grupo de crianças com psicopatologia

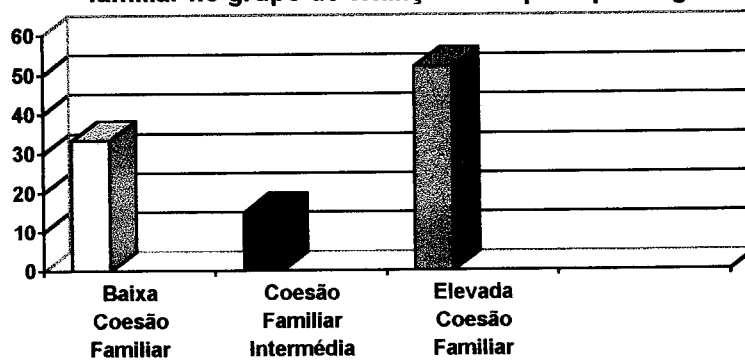
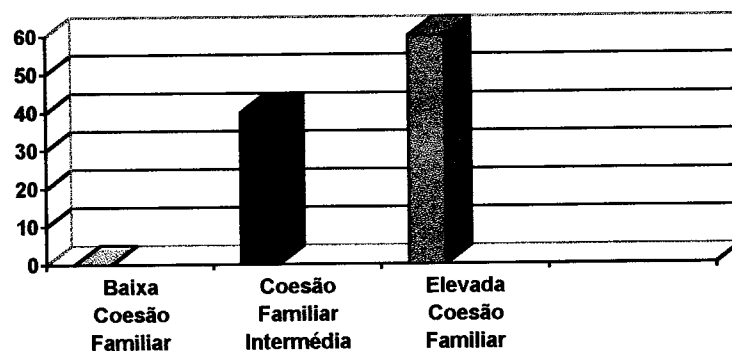


Gráfico 10 - Percentagem de famílias nos três níveis de coesão familiar no grupo de crianças sem psicopatologia



No que diz respeito à adaptabilidade familiar, verificou-se que 44,44% das crianças do grupo com psicopatologia pertencem a famílias com uma baixa adaptabilidade familiar, 22,22% pertencem a famílias com um nível de adaptabilidade familiar intermédio e 33,33% pertencem a famílias com uma elevado grau de adaptabilidade familiar. No grupo de comparação a percentagem de crianças pertencentes a famílias com grau de adaptabilidade intermédio é de 37,14%, enquanto que os restantes 62,85% das crianças pertencem a famílias com um grau elevado de adaptabilidade familiar (Tabela 4b). Uma análise do 2 x 2 do Qui-Quadrado de Pearson revelou que esta diferença é significativa, $\chi^2(2, N=62) = 19,31, p < 0,001$. Estes resultados podem ser observados nos gráficos 11 e 12.

Tabela 4b-Distribuição dos níveis de adaptabilidade familiar pelos grupos com e sem psicopatologia.

	Grupo com Psicopatologia	Grupo de Comparação	
Baixa Adaptabilidade Familiar	44,44%	0%	19,4%
Adaptabilidade Familiar Intermédia	22,22%	37,14%	30,6%
Elevada Adaptabilidade Familiar	33,33%	62,85%	50%
	43,5%	56,5%	100%

Gráfico 11 - Percentagem de famílias nos três níveis de adaptabilidade familiar no grupo de crianças com psicopatologia

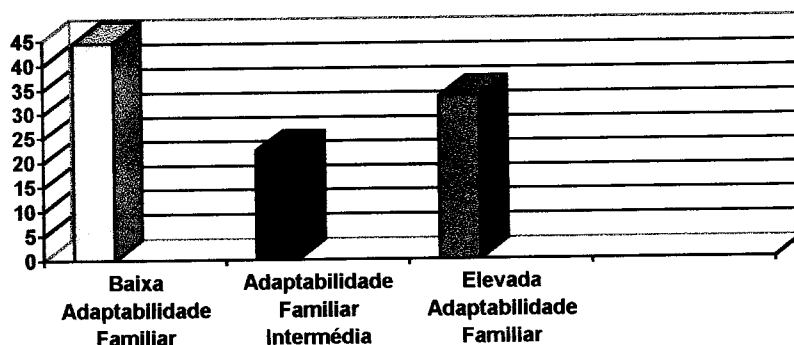
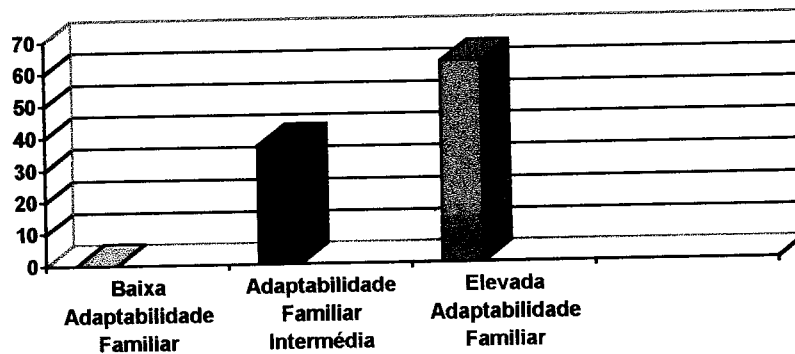


Gráfico 12 - Percentagem de famílias nos três níveis de adaptabilidade familiar no grupo de crianças sem psicopatologia



Como podemos verificar a grande parte das variáveis estudadas diferenciam claramente os dois grupos de crianças, quer em relação às variáveis intrínsecas da criança, quer em relação ao seu funcionamento escolar, quer em relação aos contextos stressantes, quer ainda em relação às variáveis do contexto familiar.

No que diz respeito às variáveis relativas à criança, verificamos que a capacidade de raciocínio não verbal diferencia claramente os dois grupos de crianças, assim com as competências sociais. Em relação à auto-estima global da criança e à auto-estima no domínio da competência escolar, reparamos que são também variáveis associadas à criança que diferenciam os dois grupos. Da mesma forma, a importância que as crianças atribuem à competência nos domínios da aceitação social, competência atlética, aparência física e comportamento definem dois grupos distintos de crianças. As crianças com psicopatologia apresentam também mais competências sociais do que as crianças saudáveis, razão pela qual esta variável diferencia de forma estatisticamente significativa os dois grupos de crianças. Reparamos também que as variáveis associadas à percepção que o professor tem do funcionamento do aluno no contexto escolar diferenciam claramente as crianças saudáveis das crianças com psicopatologia.

O mesmo acontece com as variáveis quantidade e impacto dos acontecimentos de vida e com a coesão e adaptabilidade familiar.

4.2 RESULTADOS REFERENTES AO SEGUNDO E TERCEIRO

OBJECTIVOS GERAIS

Para atingir o segundo e terceiro objectivos gerais procedemos a uma análise das interrelações entre as variáveis que diferenciaram os grupos saudável e patológico, no grupo de crianças que apresentam psicopatologia. Incluímos também nesta análise as variáveis idade, sexo, nível de escolaridade e as variáveis referentes às diferentes categorias psicopatológicas.

- Análise das variáveis segundo o sexo da criança

Os rapazes apresentam valores inferiores ($M = 3,25$) na adequação comportamental face ao professor (ACP), enquanto que as raparigas apresentam uma média superior de 4,2, diferença que, através do t test para amostras independentes, mostrou ser significativa, $t(11) = -2,20$, $p < 0,05$.

Os rapazes apresentam uma média de 4,25 na ausência de isolamento dos colegas fora da sala de aula (IFSA), enquanto que as raparigas apresentam uma média de 3,00. Através do t-test para amostras independentes, esta diferença mostrou-se significativa, $t(11) = 3,10$, $p < 0,02$.

Em relação ao impacto dos acontecimentos de vida (IAV), verificámos, através do t-test para amostras independentes, uma diferença significativa entre rapazes e raparigas, $t(25) = -2,25$, $p < 0,04$. Os rapazes apresentam uma média de 22,35, enquanto que as raparigas apresentam uma média de 36,10.

São também as crianças do sexo masculino experienciam menos acontecimentos de vida (QAV), apresentando nesta variável uma média de 6,11, enquanto que as crianças do sexo feminino apresentam uma média de 9,90. Esta diferença entre rapazes e raparigas foi analisada utilizando t-test para amostras independentes, mostrando-se significativa, $t(25) = -2,59$, $p < 0,02$.

As raparigas apresentam-se uma maior competência social no que diz respeito às tarefas e comportamentos escolares (CSE), obtendo uma média de 4,40, enquanto que os rapazes ficam-se por uma média de 3,23. O resultado do t-test para amostras independentes, mostrou que esta diferença é significativa, $t(25) = -2,33$, $p < 0,03$.

Estes resultados estão sintetizados na tabela 5a.

Tabela 5a- Análise das variáveis segundo o sexo da criança.

	M raparigas	M rapazes	t	p
ACP	4,2	3,25	$t(11) = -2,20$	$< 0,05$
IFSA	3,0	4,25	$t(11) = 3,10$	$< 0,02$
IAV	36,10	22,35	$t(25) = -2,25$	$< 0,04$
QAV	9,90	6,01	$t(25) = -2,59$	$< 0,02$
CSE	4,40	3,23	$t(25) = -2,33$	$< 0,03$

ACP-Adequação comportamental face ao professor; IFSA-Não isolamento fora da sala de aula; IAV-Impacto dos acontecimentos de vida; QAV-Quantidade dos acontecimentos de vida; CSE-Competências sociais no que respeita a tarefas e comportamento escolar.

Em conclusão, e pela análise da tabela 5a, podemos ver que as raparigas apresentam uma média superior aos rapazes nas variáveis adequação comportamental

face ao professor, impacto dos acontecimentos de vida, quantidade dos acontecimentos de vida, competências sociais respeitantes a tarefas e comportamentos escolares e o não isolamento fora da sala.

- Análise das variáveis segundo a idade da criança

Constatámos que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a idade e a existência de aulas de apoio, compensação ou ensino especial (AA), $r(13) = 0,59$, $p < 0,04$.

Encontrámos igualmente, através do coeficiente de correlação de Pearson, uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a idade e as queixas somáticas (QS), $r(27) = 0,46$, $p < 0,02$, e entre a idade e os problemas de comportamento internalizáveis (PI), $r(27) = 0,36$, $p < 0,05$.

Pela consulta da tabela 5b, verificamos que as variáveis aulas de apoio (AA), queixas somáticas (QS) e problemas de comportamento internalizáveis (PI) se correlacionam positivamente com a idade.

Tabela 5b- Análise das variáveis segundo a idade da criança.

	Coeficiente de correlação	p
AA	$r(13) = 0,59$	$< 0,04$
QS	$r(27) = 0,46$	$< 0,02$
PI	$r(27) = 0,36$	$< 0,05$

AA-Aulas de Apoio, compensação ou ensino especial; QS-Queixas somáticas; PI-Problemas de comportamento internalizáveis

• Análise das variáveis segundo o nível de escolaridade da criança

Averiguámos uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade e a frequência de aulas de apoio, compensação ou ensino especial (AA), $r(13) = 0,76$, $p < 0,003$.

O coeficiente de correlação de Pearson evidenciou uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade e as competências sociais, no que se refere ao número de desportos, passatempos e tarefas nas quais a criança participa e à qualidade da participação (CSA), $r(27) = 0,43$, $p < 0,03$.

Detectámos uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade e o isolamento social (IS), $r(27) = 0,42$, $p < 0,03$.

Tal como para a variável idade, verificámos, pelo coeficiente de correlação de Pearson, uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade e as queixas somáticas (QS), $r(27) = 0,38$, $p < 0,05$, e entre o nível de escolaridade e os problemas de comportamentos internalizáveis (PI), $r(27) = 0,42$, $p < 0,03$.

Estes resultados encontram-se na tabela 5c. Reparamos que as variáveis que nela constam, todas estabelecem uma correlação positiva com o nível de escolaridade.

Tabela 5c- Análise das variáveis segundo o nível de escolaridade da criança.

	Coeficiente de correlação	p
AA	$r(13) = 0,76$	$< 0,004$
CSA	$r(27) = 0,43$	$< 0,03$
IS	$r(27) = 0,42$	$< 0,03$
QS	$r(27) = 0,42$	$< 0,03$

AA-Aulas de apoio, compensação ou ensino especial; CSA-Competências sociais respeitantes às actividades sociais; IS-Isolamento social; QS-Queixas somáticas

- Na matriz de correlação apresentada na tabela 6, na qual foram incluídas todas as variáveis que diferenciam, de forma estatisticamente significativa, os grupos de crianças com e sem psicopatologia, encontramos dados também eles significativos, que passamos a referir. Para uma leitura mais sintética, está disponível a tabela 6, na qual aparecem todos os coeficientes de correlação de Pearson com significância para a análise estatística de $p < 0,05$.

TABELA 6- Matriz de correlações entre as variáveis que diferenciam as crianças com e sem psicopatologia

CRNV	AECE	AE	IAEAS	IAECA	IAEAF	IAEC	TCA	RE	AA	IAE	ACSA	OSA	ACP	CC	AC	IFSA	SET	IAV	QAV	CSA	CSS	CSE	CS	IS	QS	AD	PS	PP	PA	CD	CA	PI	PE
CRNV																																	
AECE		0.41																															
AE			0.63																														
IAEAS				0.48																													
IAECA					0.54																												
IAEAF						0.53																											
IAEC							IAEC																										
TCA								TCA																									
RE									RE																								
AA										AA																							
IAE											IAE																						
ACSA												ACSA																					
OSA													OSA																				
ACP														ACP																			
CC															CC																		
AC																AC																	
IFSA																	IFSA																
SET																		SET															
IAV																			IAV														
QAV																				QAV													
CSA																					CSA												
CSS																						CSS											
CSE																							CSE										
CS																								CS									
IS																									IS								
QS																										QS							
AD																											AD						
PS																												PS					
PP																													PP				
PA																														PA			
CD																															CD		
CA																																CA	
PI																																	PI
PE																																	PE

CRNV	Capacidade de raciocínio não verbal
AECE	Auto-estima, domínio da competência escolar
AE	Auto-estima global
IAEAS	Importância atribuída à competência no domínio da aceitação social
IAECA	Importância atribuída à competência no domínio da competência atlética
IAEAF	Importância atribuída ao domínio da aparência física
IAEC	Importância atribuída à competência no domínio do comportamento
TCA	Tempo de conhecimento do aluno
RE	Rendimento escolar
AA	Aulas de apoio, compensação ou ensino especial
IAE	Interesse / motivação pelas atividades escolares
ACSA	Adequação comportamental dentro da sala de aula
OSA	Obediência e reação positiva às regras da sala de aula
ACP	Adequação comportamental do aluno face ao professor
CC	Conflito com os colegas, com agressão física e/ou verbal
AC	Acatilação, por parte dos colegas, do comportamento e atitudes do aluno
IFSA	Não isolamento do aluno fora da sala de aula
SET	Ausência de sinais evidentes de tristeza no contexto escolar
IAV	Impacto dos acontecimentos de vida
QAV	Quantidade de acontecimentos de vida
CSA	Competências sociais na sub-escala de atividades
CSS	Competências sociais na sub-escala social
CSE	Competências sociais na sub-escala escolar
CS	Totalidade das competências sociais
IS	Isolamento social
QS	Queixas somáticas
AD	Ansiedade / Depressão
PS	Problemas sociais
PP	Problemas de pensamento
PA	Problemas de atenção
CD	Comportamento delinquente
CA	Comportamento agressivo
PI	Problemas de comportamento internalizáveis
PE	Problemas de comportamento externalizáveis

Verificámos uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a capacidade de raciocínio não verbal (CRNV) e a percepção que a criança tem da sua competência no domínio do desempenho escolar (AEAE). O coeficiente de correlação de Pearson tornou esta relação evidente, $r(27) = 0,41, p < 0,04$.

Através do coeficiente de correlação de Pearson, constatámos uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a capacidade de raciocínio não verbal (CRNV) e a obediência e reacção positiva face às regras instituídas dentro da sala de aula (OSA), $r(13) = -0,54, p < 0,05$.

Existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa, detectada através do coeficiente de correlação de Pearson, entre a percepção que a criança tem da sua competência no domínio do desempenho escolar (AECE) e a auto-estima global da criança, isto é, a satisfação com a sua forma de ser enquanto pessoa (AE), $r(27) = 0,63, p < 0,001$.

Foi também encontrada uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a auto-estima global (AE) da criança e a importância que esta atribui à competência no domínio da aceitação social (IAEAS). O coeficiente de correlação de Pearson tornou esta relação evidente, $r(27) = 0,54, p < 0,004$.

Este coeficiente de correlação evidenciou uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a percepção que a criança tem da sua competência no domínio do desempenho escolar (AECE) e o grau de adequação comportamental do aluno face ao professor (ACP), $r(13) = -0,58, p < 0,04$.

A correlação positiva e estatisticamente significativa entre a percepção que a criança tem da sua competência no domínio do desempenho escolar (AEAE) e o não isolamento do aluno, em relação aos colegas, fora da sala de aula (IFSA) ficou evidente através do coeficiente de correlação de Pearson, $r(13) = 0,55, p < 0,05$.

A percepção que a criança tem da sua competência no domínio do desempenho escolar (AECE) também se correlaciona de forma positiva e estatisticamente significativa com a ausência de sinais evidentes de tristeza, dentro ou fora da sala de aula (SET), $r(13) = 0,59$, $p < 0,04$, e com as competências sociais da criança, no que toca às tarefas e comportamento escolar (CSE), $r(27) = 0,43$, $p < 0,03$. Estas correlações tornaram-se evidentes através do coeficiente de correlação de Pearson.

Apesar da importância que a criança atribui à competência no domínio da aceitação social (IAEAS) se correlacionar positivamente e de forma estatisticamente significativa com a auto-estima global (AE), $r(27) = 0,54$, $p < 0,004$, esta última variável mantém uma correlação negativa e estatisticamente significativa com a obediência e reacção positiva face às regras de funcionamento dentro da sala de aula (OSA), $r(13) = -0,69$, $p < 0,009$. O coeficiente de correlação de Pearson tornou estas relações evidentes.

Verificámos uma também correlação positiva e estatisticamente significativa entre a auto-estima global (AE) e a ausência de sinais evidentes de tristeza, dentro ou fora da sala de aula (SET), recorrendo ao coeficiente de correlação de Pearson, $r(13) = 0,57$, $p < 0,04$.

Quanto maior a importância que a criança atribui à competência no domínio da aceitação social (IAEAS), maior a importância que a criança atribui à competência no domínio da competência atlética (IAECA), $r(27) = 0,53$, $p < 0,005$. Esta correlação positiva e estatisticamente significativa foi evidenciada pelo coeficiente de correlação de Pearson, assim como a correlação positiva e estatisticamente significativa existente entre a importância que a criança atribui à competência no domínio da competência atlética (IAECA) e o não isolamento do aluno em relação aos colegas, dentro ou fora da sala de aula (IFSA), $r(13) = 0,58$, $p < 0,04$.

A importância que a criança atribui à competência no domínio da competência atlética (IAECA) correlaciona-se ainda com a variável comportamento agressivo (CA), de forma positiva e estatisticamente significativa, $r(27) = 0,39, p < 0,05$.

Através do coeficiente de correlação de Pearson, constatámos uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o tempo que o professor tem de conhecimento do aluno (TCA) e o grau de aceitação, em termos de comportamentos e atitudes, por parte dos colegas (AC), $r(13) = 0,55, p < 0,05$. Contudo, a variável tempo que o professor tem de conhecimento do aluno (TCA) estabelece uma correlação negativa e estatisticamente significativa com a ausência de sinais evidentes de tristeza, dentro ou fora da sala de aula (SET), $r(13) = -0,61, p < 0,03$.

O coeficiente de correlação de Pearson revelou uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o rendimento escolar (RE) e:

- a competência social, no que diz respeito ao número de organizações, clubes ou equipas em que participa, amigos e frequência de contactos e à forma como se comporta sozinha e com os outros (CSS), $r(13) = 0,73, p < 0,005$;

- as competências sociais da criança no que diz respeito às tarefas e comportamento escolar (CSE), $r(13) = 0,61, p < 0,03$.

- as competências sociais da criança, ou seja, a quantidade e qualidade do desempenho da criança em actividades sociais de relacionamento interpessoal e em tarefas e comportamentos escolares (CS), $r(13) = 0,72, p < 0,006$.

Através do mesmo procedimento estatístico, constatámos uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre as aulas de apoio, compensação ou ensino especial (AA) e a ausência de conflituosidade com os colegas (CC), $r(13) = 0,63, p < 0,02$. Aquela variável (AA) correlaciona-se ainda, de forma negativa e estatisticamente

significativa com a ausência de sinais evidentes de tristeza (SET), $r(13) = -0,56$, $p < 0,05$, e com o não isolamento dos colegas, fora da sala de aula (IFSA), $r(13) = -0,54$, $p < 0,06$.

O coeficiente de correlação de Pearson evidenciou uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o interesse / motivação pelas actividades escolares (IAE) e a aceitação dos comportamentos e atitudes por parte dos colegas (AC), $r(13) = 0,69$, $p < 0,01$.

Através deste coeficiente de correlação, constatámos uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a adequação comportamental dentro da sala de aula (ACSA) e a obediência e reacção positiva face às regras da sala de aula (OSA), $r(13) = 0,70$, $p < 0,009$.

Verificámos uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a adequação comportamental dentro da sala de aula (ACSA) e a adequação comportamental face ao professor (ACP), $r(13) = 0,70$, $p < 0,008$, e entre a adequação comportamental dentro da sala de aula (ACSA) e ausência de conflitos com os colegas (CC), $r(13) = 0,53$, $p < 0,05$. O coeficiente de correlação de Pearson tornou estas relações evidentes.

Através do coeficiente de correlação de Pearson, constatámos uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a adequação comportamental face ao professor (ACP) e a ausência de sinais evidentes de tristeza (SET), $r(13) = -0,61$, $p < 0,03$, e entre a adequação comportamental face ao professor (ACP) e as competências sociais, no que diz respeito ao número de desportos, passatempos e tarefas nas quais a criança participa e ainda à qualidade da sua participação (CSA), $r(13) = -0,54$, $p < 0,05$.

A ausência de conflitos com os colegas (CC) correlaciona-se negativamente quer com o comportamento agressivo (CA), $r(13) = -0,53$, $p < 0,05$, quer com a ausência de sinais evidentes de tristeza (SET), $r(13) = -0,70$, $p < 0,008$. O coeficiente de correlação de Pearson evidenciou estas correlações significativas.

Verificámos uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre o não isolamento do aluno fora da sala de aula (IFSA) e o isolamento social (IS), $r(13) = -0,78$, $p < 0,002$, e entre o não isolamento do aluno fora da sala de aula (IFSA) e os problemas de comportamentos internalizáveis (PI), $r(13) = -0,58$, $p < 0,04$.

Verificámos também, através do coeficiente de correlação de Pearson, uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o não isolamento do aluno fora da sala de aula (IFSA) e o comportamento delinquente (CD), $r(13) = 0,65$, $p < 0,02$, e ainda entre o não isolamento do aluno fora da sala de aula (IFSA) e os problemas de comportamento externalizáveis (PE), $r(13) = 0,57$, $p < 0,04$.

Existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a ausência de sinais evidentes de tristeza (SET) e os problemas de pensamento (PP), demonstrada pelo coeficiente de correlação de Pearson, $r(13) = 0,62$, $p < 0,03$.

O impacto dos acontecimentos de vida (IAC) correlaciona-se, de forma positiva e estatisticamente significativa, com a quantidade de acontecimentos de vida (QAV). O coeficiente de correlação de Pearson tornou esta relação evidente, $r(27) = 0,94$, $p < 0,001$.

Através do coeficiente de correlação de Pearson, constatámos uma correlação negativa e significativa entre as competências sociais da criança, no que diz respeito às tarefas e comportamento escolar (CSE) e os problemas de atenção (PA), $r(27) = -0,38$, $p < 0,05$.

As competências sociais da criança, no que diz respeito às tarefas e comportamento escolar (CSE) correlacionam-se de forma negativa e estatisticamente significativa com:

- o comportamento delinquente (CD), $r(27) = -0,43, p < 0,03$;
- o comportamento agressivo (CA), $r(27) = -0,45, p < 0,02$;
- os problemas de comportamento externalizáveis (PE), $r(27) = -0,40, p < 0,04$.

Os coeficientes de correlação de Pearson revelaram estas correlações.

O coeficiente de correlação de Pearson evidenciou também uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre as competências sociais da criança (CS) e o comportamento agressivo (CA), $r(27) = -0,42, p < 0,03$.

As competências sociais da criança (CS) e os problemas de comportamento externalizáveis (PE) apresentam entre si uma correlação negativa e estatisticamente significativa, $r(27) = -0,42, p < 0,03$, demonstrada pelo coeficiente de correlação de Pearson.

Todas estas correlações encontradas serão alvo de discussão no capítulo seguinte deste trabalho.

- Análise das correlações que envolvem as variáveis associadas à família

Em relação às variáveis associadas à família constatámos que os resultados médios para a funcionalidade familiar (alta, intermédia ou baixa) foram de 3,81, 3,37 e 3,13, respectivamente. Uma análise de variância *one way* revelou um efeito significativo da funcionalidade familiar (FF) na importância atribuída ao comportamento percebido (IAEC), $F(2,24) = 5,22, p < 0,02$.

Uma análise de variância *one way* revelou um efeito significativo da funcionalidade familiar (FF) no tempo de conhecimento do aluno (TCA), $F(2,10) = 4,98$, $p < 0,04$, para os resultados médios para a funcionalidade familiar (alta, intermédia e baixa) que foram de 1,5, 3,2 e 2,25, respectivamente.

A funcionalidade familiar (alta, intermédia e baixa) atingiu valores médios de 5,2, 2,0 e 2,0, respectivamente, havendo um efeito significativo da funcionalidade familiar (FF) nas queixas somáticas (QS), $F(2,24) = 4,58$, $p < 0,03$, de acordo com a análise de variância *one way*.

Verificou-se, através de uma análise de variância *one way*, que existe um efeito significativo da funcionalidade familiar (FF) nos problemas sociais (PS), $F(2,24) = 4,33$, $p < 0,03$, tendo em conta os resultados médios para a funcionalidade familiar (alta, intermédia e baixa) que foram de 5,0, 7,12 e 4,54, respectivamente.

Para a funcionalidade familiar (alta, intermédia e baixa) os resultados médios foram de 1,0, 0,25 e 0,00, respectivamente. Uma análise de variância *one way* revelou um efeito significativo da funcionalidade familiar (FF) nos problemas de pensamento (PP), $F(2,24) = 3,71$, $p < 0,04$.

Os resultados da análise de variância referente à funcionalidade familiar encontram-se na tabela 7.

Tabela 7 - Resultados significativos da análise de variância funcionalidade familiar e respectiva significância

	FF	
IAEC	$F(2,24) = 5,22$	$p < 0,02$
TCA	$F(2,10) = 4,98$	$p < 0,04$
QS	$F(2,24) = 4,58$	$p < 0,03$
PS	$F(2,24) = 4,33$	$p < 0,03$
PP	$F(2,24) = 3,71$	$p < 0,04$

FF-Funcionalidade familiar; IAEC-Importância atribuída ao domínio do comportamento; TCA-Tempo de conhecimento do aluno; QS-queixas somáticas; PS-Problemas sociais; PP-problemas de pensamento

Os resultados médios para o nível baixo, intermédio e elevado de coesão familiar foram de 1,33, 3,50 e 2,50, respectivamente. Uma análise de variância *one way* revelou um efeito significativo da coesão familiar (CF) no rendimento escolar (RE), $F(2,10) = 9,33$, $p < 0,006$, como pode ser visto na tabela 8.

Tabela 8 - Resultados da análise de variância coesão familiar e respectiva significância

CF		
RE	$F(2,10) = 9,33$	$p < 0,006$

CF-Coesão Familiar; RE-rendimento escolar

Por último, os resultados médios para o nível baixo, intermédio e elevado de adaptabilidade familiar foram de 8,58, 13,16 e 10,11, respectivamente. Uma análise de variância *one way* revelou um efeito significativo da adaptabilidade familiar (AF) no comportamento agressivo (CA), $F(2,24) = 3,75$, $p < 0,04$. Os resultados estão expostos na tabela 9.

Tabela 9- Resultados da análise de variância adaptabilidade familiar e respectiva significância

AF		
CA	$F(2,24) = 3,75$	$p < 0,04$

AF-Adaptabilidade familiar; CA-Comportamento agressivo

- Análise das correlações entre as sub-escalas da competência social e a totalidade das competências sociais

Através do coeficiente de correlação de Pearson, constatámos uma correlação positiva e significativa entre a totalidade das competência sociais da criança (CS), isto

é, a quantidade e qualidade do seu envolvimento em actividades e relacionamentos sociais, e:

- as competências sociais da criança, no que diz respeito ao número de desportos, passatempos e tarefas nas quais a criança participa e à qualidade da sua participação (CSA), $r(27) = 0,50$, $p < 0,008$;

- as competências sociais da criança, no que diz respeito ao número de organizações, clubes ou equipas nas quais participa, amigos e frequências de contactos e ainda a forma como se comporta sozinha e com os outros (CSS), $r(27) = 0,76$, $p < 0,001$;

- as competências sociais da criança, no que diz respeito às tarefas e comportamento escolar (CSE), $r(27) = -0,49$, $p < 0,01$.

Através da análise dos coeficientes de determinação, medida exacta do carácter preditivo da correlação, os resultados indicam que 25% da variabilidade da totalidade das competências sociais (CS) pode ser explicada a partir da variável CSA. Da mesma forma, cerca de 58% da variável CSS e 24% da variável CSE explicam a variabilidade na variável CS, como se pode ver na tabela 10.

Tabela 10 - Coeficientes de correlação entre as competências sociais e as escalas que a compõem e respectivos coeficientes de determinação.

	CS	
	Coeficiente de correlação	Coeficiente de determinação
CSA	$r(27) = 0,50$	$r^2 = 0,25$
CSS	$r(27) = 0,76$	$r^2 = 0,57$
CSE	$r(27) = 0,49$	$r^2 = 0,24$

CS-Competências sociais; CSA-Competências sociais no que diz respeito à quantidade e qualidade do envolvimento em actividades sociais; CSS-Competências sociais no que diz respeito à quantidade e qualidade do envolvimento em relacionamentos interpessoais; CSE-Competências sociais no que diz respeito às tarefas e comportamento escolar.

Em relação à escala de competências sociais verificam-se correlações positivas e estatisticamente significativas entre a totalidade das competências sociais e as sub-escalas que a compõem. Assim, e através dos coeficientes de determinação, observamos que, segundo os nossos resultados, 25% da variabilidade da escala de competências sociais pode ser explicada pela correlação com a sub-escala das actividades sociais. 24% da variabilidade são explicados pela correlação com a sub-escala de competências sociais respeitantes às tarefas e comportamento escolar e cerca de 58% da variabilidade podem ser explicados pela correlação com a sub-escala competências sociais relacionadas com a quantidade e qualidade do envolvimento da criança nos relacionamentos interpessoais. Esta última sub-escala terá o dobro do peso das outras duas na determinação do total de competências sociais apresentadas pela criança.

- Análise das correlações entre as sub-escalas do CBCL

Verificámos uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o isolamento social (IS) e as queixas somáticas (QS), $r(27) = 0,40$, $p < 0,04$, entre o isolamento social (IS) e a ansiedade/depressão (AD), $r(27) = 0,44$, $p < 0,02$.

O coeficiente de correlação de Pearson evidenciou uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre o isolamento social (IS) e:

- os problemas sociais (PS), $r(27) = -0,49$, $p < 0,01$;
- os problemas de atenção (PA), $r(27) = -0,43$, $p < 0,03$;

- o comportamento delinquente (CD). O coeficiente de correlação de Pearson tornou esta relação evidente, $r(27) = -0,46$, $p < 0,02$;
- o comportamento agressivo (CA), $r(27) = -0,62$, $p < 0,002$.

Ao constatarmos uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o isolamento social (IS) e os problemas de comportamento internalizáveis (PI), $r(27) = 0,68$, $p < 0,001$, verificamos também, como se pode ver na tabela 11, que o coeficiente de correlação de Pearson evidencia uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre o isolamento social (IS) e os problemas de comportamento externalizáveis, $r(27) = -0,60$, $p < 0,002$.

Tabela 11- Coeficientes de correlação significativos entre a sub-escala isolamento social e outras sub-escalas do CBCL e respectivos coeficientes de determinação.

	IS	
	Coeficiente de correlação	Coeficiente de determinação
QS	$r(27) = 0,40$	$r^2 = 0,16$
AD	$r(27) = 0,44$	$r^2 = 0,19$
PS	$r(27) = -0,49$	$r^2 = 0,24$
PA	$r(27) = -0,43$	$r^2 = 0,18$
CD	$r(27) = -0,46$	$r^2 = 0,21$
CA	$r(27) = -0,62$	$r^2 = 0,38$
PI	$r(27) = 0,68$	$r^2 = 0,46$
PE	$r(27) = -0,60$	$r^2 = 0,36$

IS-Isolamento social; QS-queixas somáticas; AD-Ansiedade/depressão; PS-Problemas sociais; PA-Problemas de atenção; CD-Comportamento delinquente; CA-Comportamento agressivo; PI-Problemas de comportamento internalizáveis; PE-Problemas de comportamento externalizáveis

Os resultados sugerem que a variabilidade da sub-escala isolamento social pode ser explicada em 16% pelas queixas somáticas, em cerca de 19% pela sub-escala ansiedade / depressão, em 24% pela sub-escala de problemas sociais, em cerca de 18% pela sub-escala de problemas de atenção e em 46% pela categoria de problemas de

comportamento internalizáveis. Como o isolamento social também se correlaciona de forma negativa e estatisticamente significativa com o comportamento delinquente, comportamento agressivo e problemas de comportamento externalizáveis, os nossos resultados apontam para coeficientes de determinação de 21%, cerca de 38% e 36% respectivamente. Assim, a variância nesta sub-escala pode ser explicada a partir das correlações que estabelece com as outras sub-escalas referidas. Dado que o isolamento social é uma sub-escala pertencente à categoria de problemas de comportamento internalizáveis, estabelecendo com ela uma correlação positiva elevada e como apresenta valores de correlação negativa com a categoria de problemas de comportamento externalizáveis e suas sub-escalas, compreende-se a elevada variabilidade explicada por elas.

Constatámos, através do coeficiente de correlação de Pearson que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre as queixas somáticas (QS) e os problemas de pensamento (PP), $r(27) = 0,47$, $p < 0,02$, e ainda entre as queixas somáticas (QS) e os problemas de comportamento internalizáveis (PI), $r(27) = 0,50$, $p < 0,009$. Estes resultados estão patentes na tabela 12.

Tabela 12- Coeficientes de correlação significativos entre a sub-escala queixas somáticas e outras sub-escalas do CBCL e respectivos coeficientes de determinação.

	QS	
	Coeficiente de correlação	Coeficiente de determinação
PP	$r(27) = 0,47$	$r^2 = 0,22$
PI	$r(27) = 0,50$	$r^2 = 0,25$

QS-Queixas somáticas; PP-Problemas de pensamento; PI-Problemas de comportamento internalizáveis

A variância na sub-escala queixas somáticas pode ser explicada em 22% pela sua correlação com a sub-escala de problemas de pensamento e em 25% pela correlação que estabelece com a categoria de problemas de comportamento internalizáveis. As queixas somáticas fazem parte das sub-escalas que compõem a psicopatologia internalizada. É curiosa, contudo, esta correlação encontrada entre as sub-escalas queixas somáticas e problemas de comportamento. Como já referimos, os problemas de pensamento correlacionam-se com os sinais evidentes de tristeza. Contudo, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a sub-escala de problemas de pensamento e a sub-escala ansiedade/depressão. Este aspecto poderá relacionar-se com a fonte de informação em questão. Enquanto que os sinais evidentes de tristeza são referenciados pelos professores, as sub-escalas do CBCL reflectem a percepção que os pais têm da criança, no contexto familiar.

Encontrámos uma correlação negativa e estatisticamente significativa, através do coeficiente de correlação de Pearson, entre a ansiedade/depressão (AD) e:

- os problemas de atenção (PA), $r(27) = -0,51$, $p < 0,007$;
- o comportamento delinquente (CD), $r(27) = -0,48$, $p < 0,02$;
- o comportamento agressivo (CA), $r(27) = -0,50$, $p < 0,008$;
- os problemas de comportamento externalizáveis (PE), $r(27) = -0,50$, $p < 0,008$.

Simultaneamente, o coeficiente de correlação de Pearson salientou uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a ansiedade/depressão (AD) e os problemas de comportamento internalizáveis (PI), $r(27) = 0,69$, $p < 0,001$, tal como é evidenciado na tabela 13.

Tabela 13- Coeficientes de correlação significativos entre a sub-escala depressão/ansiedade e outras sub-escalas do CBCL e respectivos coeficientes de determinação.

	AD	
	Coeficiente de correlação	Coeficiente de determinação
PA	$r(27) = -0,51$	$r^2 = 0,26$
CD	$r(27) = -0,48$	$r^2 = 0,23$
CA	$r(27) = -0,50$	$r^2 = 0,25$
PI	$r(27) = 0,69$	$r^2 = 0,47$
PE	$r(27) = -0,50$	$r^2 = 0,25$

AD-Ansiedade / depressão; PA-Problemas de atenção; CD-Comportamento delinquente; CA-Caomportamento agressivo; PI-Problemas de comportamento internalizáveis; PE-Problemas de comportamento externalizáveis

As correlações encontradas entre a sub-escala ansiedade / depressão, uma das sub-escalas que compõem a categoria de problemas de comportamento internalizáveis, e as sub-escalas de problemas de atenção, comportamento de linquente, comportamento agressivo, problemas de comportamento internalizáveis e externalizáveis, apontam para uma variabilidade explicada para estas sub-escalas na ordem dos 26%, 23%, 25%, 47% e 25%, respectivamente. Reparamos uma vez mais que os problemas de comportamento internalizáveis explicam quase metade da variância na sub-escala de problemas de ansiedade / depressão. É importante, contudo, referir que à medida que aumentam os problemas de ansiedade / depressão, os problemas de atenção tendem a diminuir.

Verificámos que os problemas sociais(PS) se correlacionam de forma positiva e estatisticamente significativa com o comportamento agressivo (CA), $r(27) = 0,38$, $p < 0,05$, correlação sustentada pelo coeficiente de correlação de Pearson e observável na tabela 14.

Tabela 14- Coeficientes de correlação significativos entre a sub-escala problemas sociais e outras sub-escalas do CBCL e respectivos coeficientes de determinação.

	PS	
	Coeficiente de correlação	Coeficiente de determinação
CA	$r(27) = 0,38$	$r^2 = 0,14$

PS-Problemas de pensamento; CA-Comportamento agressivo

Observamos também que os comportamentos agressivos explicam cerca de 14% da variabilidade na sub-escala de problemas sociais.

Encontrámos uma correlação positiva e estatisticamente significativa, através do coeficiente de correlação de Pearson, entre os problemas de atenção (PA) e:

- os comportamentos delinquentes (CD), $r(27) = 0,51$, $p < 0,007$;
- o comportamento agressivo (CA), $r(27) = 0,62$, $p < 0,002$;
- os problemas de comportamento externalizáveis (PE), $r(27) = 0,65$, $p < 0,001$.

Através do coeficiente de correlação de Pearson, constatámos ainda uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre os problemas de atenção (PA) e:

- os problemas de comportamento internalizáveis (PI), $r(27) = -0,45$, $p < 0,02$;
- os problemas de comportamento externalizáveis (PE), $r(27) = 0,65$, $p < 0,001$.

Para melhor consulta destes resultados está disponível a tabela 15.

Tabela 15- Coeficientes de correlação significativos entre a sub-escala problemas de atenção e outras sub-escalas do CBCL e respectivos coeficientes de determinação.

	PA	
	Coeficiente de correlação	Coeficiente de determinação
CD	$r(27) = 0,51$	$r^2 = 0,26$
CA	$r(27) = 0,62$	$r^2 = 0,38$
PE	$r(27) = 0,65$	$r(27) = 0,42$
PI	$r(27) = -0,45$	$r(27) = 0,20$

PA-Problemas de atenção; CD-Comportamento delinquente; CA-Comportamento agressivo; PE-Problemas de comportamento externalizáveis; PI-Problemas de comportamento internalizáveis

Apesar da sub-escala de problemas de atenção não fazer parte das sub-escalas que compõem a categoria de problemas de comportamento internalizáveis ou externalizáveis, parece que se associam mais frequentemente à sintomatologia externalizável. De facto, a variância na sub-escala de problemas de atenção pode ser explicada pela correlação que estabelece com as sub-escalas de comportamento delinquente, comportamento agressivo e problemas de comportamento externalizáveis, em cerca de 26%, 38% e 42 % respectivamente. Dado que esta sub-escala apresenta uma correlação negativa de valor elevado com a categoria de problemas de comportamento internalizáveis, a sua variabilidade é explicada em 20% por esta categoria de problemas.

Verificámos uma correlação positiva e significativa entre o comportamento delinquente (CD) e o comportamento agressivo (CA), $r(27) = 0,65$, $p < 0,001$, e entre o comportamento delinquente (CD) e os problemas de comportamento externalizáveis (PE), $r(27) = 0,75$, $p < 0,001$. Constatámos que se trata de correlações

estatisticamente significativas através do coeficiente de correlação de Pearson e que podem ser observadas na tabela 16.

Tabela 16- Coeficientes de correlação significativos entre a sub-escala comportamento delinquente e outras sub-escalas do CBCL e respectivos coeficientes de determinação.

	CD	
	Coeficiente de correlação	Coeficiente de determinação
CA	$r(27) = 0,65$	$r^2 = 0,42$
PE	$r(27) = 0,75$	$r^2 = 0,56$

CD-Comportamento delinquente; CA-Comportamento agressivo; PE-Problemas de comportamento externalizáveis

Os comportamentos delinquentes estabelecem uma elevada correlação negativa, quer com a outra sub-escala dos problemas de comportamento externalizáveis (sub-escala de comportamento agressivo), quer com a categoria de problemas de comportamento externalizáveis de que faz parte. 42% da variabilidade nesta sub-escala são explicados pela correlação que estabelece com a sub-escala de comportamentos agressivos e 56% pela correlação com os problemas de comportamento externalizáveis.

Observámos que o comportamento agressivo (CA) se correlaciona de forma positiva e estatisticamente significativa com os problemas de comportamento internalizáveis (PI), $r(27) = -0,52$, $p < 0,006$, mas que mantém uma correlação positiva com os problemas de comportamento externalizáveis (PE), $r(27) = 0,97$, $p < 0,001$. Os resultados podem ser vistos de forma mais sucinta na tabela 17.

Tabela 17- Coeficientes de correlação significativos entre a sub-escala comportamento agressivo e outras sub-escalas do CBCL e respectivos coeficientes de determinação.

	CA	
	Coeficiente de correlação	Coeficiente de determinação
PI	$r(27) = -0,52$	$r^2 = 0,27$
PE	$r(27) = 0,97$	$r^2 = 0,94$

CA-Comportamento agressivo; PI-Problemas de comportamento internalizáveis; PE-Problemas de comportamento externalizáveis

A variabilidade na sub-escala de comportamentos agressivos é explicada em 27% pela correlação negativa que estabelece com os problemas de comportamento internalizáveis e em quase 95% pela elevada correlação positiva que estabelece com os problemas de comportamento externalizáveis. Repare-se que o valor desta correlação é de 0,97, um valor extremamente elevado, pelo que o score obtido na sub-escala de comportamentos agressivos parece ser determinante no score dos problemas de comportamento externalizáveis, pelo menos nas crianças desta faixa etária, pré-adolescentes que ainda não parecem ter comportamentos delinquentes salientes.

Através do coeficiente de correlação de Pearson, constatámos uma correlação negativa e significativa entre os problemas de comportamento internalizáveis (PI) e os problemas de comportamento externalizáveis (PE), $r(27) = -0,50$, $p < 0,008$, tal como é evidenciado na tabela 18.

Tabela 18- Coeficiente de correlação entre as sub-escalas de problemas de comportamento internalizáveis e problemas de comportamento externalizáveis e respectivo coeficiente de determinação.

	PI	
	Coeficiente de correlação	Coeficiente de determinação
PE	$r(27) = -0,50$	$r^2 = 0,25$

PI-Problemas de comportamento internalizáveis; PE-Problemas de comportamento externalizáveis

A correlação negativa encontrada entre as categorias de problemas de comportamento internalizáveis e externalizáveis é de - 0,50, o que significa que 25% da variabilidade numa destas sub-escalas pode ser prevista a partir do valor na outra sub-escala, segundo os nossos resultados.

Continua a existir um grande consenso nos estudos sobre a psicopatologia baseados nestas grandes dimensões da disfunção. *"The current authors impart a developmental focus to their examination of one of the most widely agreed upon classifications of behavior disorders in child psychopathology internalizing and externalizing expressions of disfunction"* (Cicchetti & Toth, 1991, p. 1).

6. DISCUSSÃO

Após a apresentação dos resultados, parece-nos importante relembrar que os objectivos do estudo foram, numa primeira fase, conhecer quais das variáveis por nós definidas diferenciavam as crianças com e sem psicopatologia e, numa segunda fase, analisar como se relacionam entre si e com a natureza da psicopatologia as referidas variáveis.

As variáveis por nós inicialmente definidas podem ser agrupadas em:

- variáveis intrínsecas à criança (capacidade de raciocínio não verbal, auto-estima (global, em diferentes domínios e a importância atribuída à competência nesses

- domínios) e competências sociais (relativas às actividades sociais, relacionamentos sociais e tarefas e comportamentos escolares);
- variáveis relativas à família (coesão, adaptabilidade e funcionamento familiar);
 - variáveis relativas ao funcionamento da criança no contexto escolar (que constituem o questionário administrado aos professores);
 - variáveis relativas à adversidade contextual (quantidade e impacto dos acontecimentos de vida stressantes).

Estas variáveis diferenciam, na sua maioria, as crianças saudáveis das crianças com psicopatologia, o que vai no mesmo sentido de outra literatura publicada (e.g. Garmezy, 1990).

Verificamos que a capacidade de raciocínio não verbal é significativamente menor no grupo de crianças com psicopatologia, o que nos permite supor que esta variável, associada à criança, possa constituir um factor de risco para o aparecimento e manutenção da psicopatologia. As crianças com uma maior capacidade de raciocínio não verbal estão mais protegidas para o aparecimento da psicopatologia. A capacidade de raciocínio não verbal permite equacionar estratégias de resolução de problemas e, possivelmente, novas soluções para os obstáculos que vão surgindo. Desta forma, as crianças sem psicopatologia estão, à partida, mais capacitadas e portanto menos vulneráveis. Constatamos igualmente, que as crianças sem psicopatologia têm mais competências sociais do que as crianças com psicopatologia. Podemos então pensar que as elevadas competências sociais constituem uma protecção, na presença do risco ou variáveis compensatórias na sua ausência, e que as baixas competências sociais constituem um risco para o aparecimento e manutenção da psicopatologia. As

competências sociais permitem a construção de redes sociais de apoio que podem funcionar como fontes de recurso para enfrentar a adversidade ou para a contornar.

Reparamos também que a auto-estima global e a auto-estima no domínio da competência escolar são significativamente mais elevadas no grupo de crianças com psicopatologia, apesar da discrepância entre a competência percebida nos diferentes domínios e a importância atribuída a esses mesmos domínios, não diferenciar os dois grupos de crianças. Assim, estas variáveis podem ser consideradas factores de risco, quando têm valores baixos, e factores protectores ou compensatórios, quando apresentam valores elevados. A auto-estima no domínio da competência escolar pode ser um factor de risco/protecção com um significado particular, dado que os outros domínios de competência não diferenciam os dois grupos. A auto-estima neste domínio parece ser, segundo os nossos resultados, um factor com um peso relevante e distintivo das crianças com e sem psicopatologia. Note-se que, nesta faixa etária, a escola e o desempenho escolar podem adquirir um lugar de destaque, quer nas expectativas pessoais da criança, quer nas expectativas dos outros significativos que a rodeiam.

A importância que as crianças atribuem à competência nos domínios da aceitação social, competência atlética, aparência física e comportamento é significativamente maior nas crianças sem psicopatologia. Estes aspectos parecem constituir factores protectores do desenvolvimento. Pelo contrário, uma baixa importância atribuída à competência nestes domínios, poderá funcionar como factor de risco para o aparecimento ou manutenção da psicopatologia. Repare-se também que a importância atribuída a estes domínios, de clara relevância nos relacionamentos interpessoais, poderá traduzir-se num investimento nestas áreas, com todas as consequências que daí advêm.

Em relação ao funcionamento do aluno no contexto escolar, segundo a percepção do professor, o tempo de conhecimento que o professor tem do aluno pode constituir uma variável protectora do desenvolvimento do aluno. A relação que o professor mantém com o aluno poderá facilitar um maior investimento no contexto escolar e, eventualmente, incrementar a auto-estima da criança neste domínio. Este relacionamento pode funcionar também como um recurso externo, nas situações de adversidade contextual, e em particular nas situações de adversidade familiar. O professor poderá ser o adulto pertencente à comunidade, que na literatura sobre a resiliência, ajuda a criança a estruturar-se, constituindo uma fonte de apoio e orientação face à adversidade.

O rendimento escolar é menor no grupo de crianças com psicopatologia, o que poderá estar associado à menor capacidade das crianças com psicopatologia no raciocínio não verbal. Verificamos também que estas crianças frequentam mais frequentemente aulas de apoio, compensação ou ensino especial, o que poderá também relacionar-se com uma menor capacidade de raciocínio não verbal ou com a falta de motivação para a realização escolar. As crianças sem psicopatologia estão mais motivadas pelas actividades escolares, pelo que esta variável parece constituir uma protecção para o desenvolvimento saudável ou uma variável compensatória que facilita a adaptação desenvolvimental. A adequação comportamental na sala de aula, face ao professor e face às regras instituídas dentro da sala de aula, assim como a baixa conflituosidade com os colegas, a maior aceitação por parte dos colegas, o menor isolamento fora da sala de aula e a ausência de sinais evidentes de tristeza distinguem, de forma evidente, os dois grupos, e dado estarem associadas às crianças sem psicopatologia pensamos que podem funcionar como uma protecção para o desenvolvimento ou, pelo menos, como um factor compensatório, que promove o

desenvolvimento mesmo “na ausência” de factores de risco. Repare-se que estes factores associados ao funcionamento escolar das crianças sem psicopatologia, implicam uma maior ligação da criança à escola e uma adequada interacção com o professor e pares. Esta ligação adequada aos agentes educativos, actividades escolares e escola enquanto instituição, podem, de facto, contribuir de forma significativa para o desenvolvimento saudável. Observamos que os professores constituem importantes fontes de informação. A percepção que têm do aluno é significativamente diferente nos dois grupos de crianças, levando-nos a concluir que se trata de elementos chave que distinguem com algum rigor as crianças com e sem psicopatologia.

A quantidade e impacto dos acontecimentos de vida são significativamente mais elevados no grupo de crianças com psicopatologia. Os acontecimentos de vida stressantes parecem estar associados ao aparecimento ou manutenção da psicopatologia, tanto em número como no impacto que têm no funcionamento da família e da criança. Assim, tal como evidencia a literatura sobre o stress (e.g. Rahe, 1977; Rutter, 1996), reparamos que a adversidade contextual mantém uma relação estreita com a emergência de psicopatologia. Segundo Campbell (1991), as variáveis funcionamento familiar disruptivo e acontecimentos de vida negativos experienciados pela família diferenciam de forma estatisticamente significativa os rapazes activos/impulsivos e crianças normais identificadas pelos professores. Segundo o mesmo autor, em geral, as crianças agressivas são oriundas de famílias que experienciaram maior quantidade de stress psicossocial de vários tipos, incluindo acontecimentos de vida negativos, mais psicopatologia parental na família nuclear e alargada e mais divórcio e ruptura familiar.

Verificamos que as variáveis associadas à família (coesão e adaptabilidade familiar) distinguem de forma estatisticamente significativa os dois grupos de crianças.

Constatamos que as crianças sem psicopatologia têm mais frequentemente famílias com níveis intermédios de coesão familiar, portanto, com níveis de coesão familiar que permitem uma funcionalidade mais adequada. Pelo contrário, as crianças com psicopatologia pertencem mais frequentemente a famílias com níveis de coesão baixos ou elevados, portanto, disfuncionais.

É curioso verificar que 0% de famílias das crianças do grupo sem psicopatologia têm uma baixa coesão familiar. Parece que estas famílias têm uma maior tendência para funcionar em níveis intermédios e elevados de coesão. Assim, os elevados níveis de coesão, referentes a famílias aglutinadas (que pela proximidade entre os seus elementos apresentam limites muito pouco definidos nos subsistemas familiares) parece que não terão um carácter tão disfuncional no desenvolvimento da criança, como parece ter a baixa coesão familiar. A baixa coesão familiar aparece em 33,33% das famílias do grupo das crianças com psicopatologia. Isto leva-nos a conceber a coesão familiar intermédia como um factor protector/compensatório (na presença/ “ausência” de risco) associado ao contexto familiar e a pensar nos níveis extremos de coesão familiar como factores de risco para o desenvolvimento saudável, especialmente nos níveis baixos de coesão, característicos das famílias desmembradas.

O mesmo se passa em relação à variável adaptabilidade familiar. A rigidez familiar, que caracteriza a baixa adaptabilidade familiar, é o padrão mais frequente nas famílias cujas crianças apresentam psicopatologia, enquanto que nas famílias de crianças saudáveis, este padrão é inexistente, segundo os nossos resultados. Os níveis de adaptabilidade intermédios e elevados caracterizam as famílias cujas crianças apresentam psicopatologia. Tal como para a coesão familiar, a elevada adaptabilidade

familiar, típica das famílias extremamente flexíveis ou caóticas, parece ser menos disfuncional para o desenvolvimento da criança do que as famílias rígidas e inflexíveis à mudança. Nestas famílias a existência de regras claras de funcionamento traduz-se numa maior adequação comportamental por parte da criança. Nas famílias caóticas as regras de funcionamento familiar ou não existem ou são demasiado ambíguas para que a criança consiga perceber qual o padrão comportamental mais adequado.

De qualquer forma, quando temos em conta as duas variáveis em simultâneo, para definir o nível de funcionalidade familiar, verificamos que os três níveis de funcionalidade definidos (baixa funcionalidade familiar- baixa coesão e adaptabilidade familiar ou elevada coesão e adaptabilidade familiar; funcionalidade intermédia- coesão intermédia e adaptabilidade alta ou baixa e vice-versa; elevada funcionalidade- coesão e adaptabilidade em níveis intermédios) não distinguem de forma significativa os dois grupos de crianças. Contudo, as variáveis associadas à família têm um peso importante no risco/protecção no desenvolvimento saudável, o que também é confirmado pela literatura subordinada ao tema.

Desta forma, respondemos claramente aos nossos objectivos específicos, decorrentes do nosso primeiro objectivo geral.

O segundo e terceiro objectivos gerais a que nos propusemos, relacionam-se com as variáveis seleccionadas na primeira fase da investigação, pois ao diferenciarem os dois grupos de crianças, um saudável e outro com psicopatologia, poderão constituir variáveis implicadas nos processos de adoecimento ou nos processos de promoção da saúde mental infantil.

No que diz respeito à correlação entre as variáveis no grupo de crianças com patologia, reparamos que os rapazes com psicopatologia apresentam uma menor adequação comportamental face ao professor e isolam-se menos frequentemente dos colegas, quando comparados com as raparigas. Estes aspectos parecem ser particularmente importantes na emergência e manutenção da psicopatologia em crianças do sexo masculino. Note-se que a literatura refere que a psicopatologia externalizável é mais característica dos rapazes, pelo que a interacção conflituosa com os pares e a fraca adequação comportamental face à figura de autoridade é também característica desta categoria de problemas de comportamento. *“Some children show higher levels of externalizing problems due to poor quality parenting, whereas others develop these problems through negative peer experiences”* (Deater-Deckard, Dodge, Bates & Pettit, 1998, p. 490). Ora, uma vez que *“Externalizing behavior problems are more common among boys than among girls”* (Stormshak, Bierman & The Conduct Problems Prevention Research Group, 1998, p. 454), isto leva-nos a compreender as dificuldades comportamentais dos rapazes nos relacionamentos escolares. Por esta razão, percebemos também mais facilmente que as raparigas apresentam mais competências sociais, no que diz respeito às tarefas e comportamentos escolares, do que os rapazes. Note-se que a psicopatologia externalizável, caracterizada por um padrão de hostilidade e comportamentos agressivos face aos outros, hiperactividade e não aderência aos limites contextuais, quer com o adulto, quer com os pares, tem implicada na sua etiologia a instabilidade no relacionamento com os pares e a rejeição social pelos pares.

Os rapazes experienciam menos acontecimentos de vida e o impacto percebido dos acontecimentos de vida é também menor. A adversidade contextual parece afectar de forma menos incisiva os rapazes e portanto menos associadas à psicopatologia no

sexo masculino. As raparigas são particularmente afectadas pelos acontecimentos de vida stressantes. No entanto, segundo Abidin, Jenkins & McGaughey (1992), a presença de acontecimentos de vida stressantes é uma variável de risco para a psicopatologia externalizável, pouco característica das raparigas. Noutro estudo (Elder, Nguyen & Caspi, 1985), concluiu-se que a adversidade contextual influencia o bem-estar psicossocial nas raparigas de forma mais determinante do que nos rapazes. Este dado é explicado pela interferência das variáveis familiares, nomeadamente pelo aumento dos comportamentos de rejeição dos pais.

Em relação à idade, verifica-se que à medida que aumenta, as crianças têm mais aulas de apoio, compensação ou ensino especial, apresentam mais queixas somáticas e mais problemas de comportamento internalizáveis. Parece que ao chegar à pré-adolescência as dificuldades académicas tornam-se mais evidentes e portanto sujeitas a estratégias para as minimizar (aulas de apoio). A pré-adolescência parece também associar-se às queixas somáticas e problemas de comportamento internalizáveis uma vez que, neste período, começam a aparecer as preocupações com o corpo e uma série de transformações que podem implicar isolamento social ou ansiedade/depressão, características dos problemas de comportamento internalizáveis. “... *with the age, social withdrawal becomes increasingly salient and negatively evaluated by the peer group*” (Rubin et al., 1991, p. 108). Observamos que, tal como na idade, as aulas de apoio aumentam com o nível de escolaridade, bem como o isolamento social, as queixas somáticas e os problemas de comportamento internalizáveis, o que também pode ser explicado pelo facto dos alunos do 5º e 6º anos estarem no período da pré-adolescência. Reparamos também que à medida que a escolaridade avança, a criança com psicopatologia participa mais frequentemente e mais eficazmente em desportos,

passatempos e tarefas. Esta relação parece-nos que acontece na maioria das crianças, dado que, à medida que progridem na escolaridade, as competências sociais relacionadas com estes aspectos adquirem uma maior importância no leque de actividades da criança.

As correlações que efectuámos, entre as variáveis que diferenciaram os dois grupos de crianças, no grupo com psicopatologia permitem prever o score de um sujeito numa variável, conhecendo-se o seu score noutra variável e o valor da correlação entre essas duas variáveis.

Assim, as crianças que apresentam menor capacidade de raciocínio são aquelas que têm scores mais baixos na percepção da sua competência no domínio do desempenho escolar e aquelas que colocam mais frequentemente em causa as regras instituídas dentro da sala de aula e desobedecem mais facilmente, conformando-se menos às rotinas escolares. Pelo contrário, *"Intelligent children may be better able to evaluate consequences of their behaviors to delay gratification, and to contain impulses"* (Garmezy & Masten, 1991, cit. por Luthar & Zigler, 1992, p. 288). A desobediência e a não conformidade face às regras instituídas, levam-nos a pensar que podem constituir precursores da delinquência juvenil. Tal como White, Moffitt & Silva (1989, p. 719) concluem, *"... male and female delinquents showed significantly lower IQ scores than nondelinquents"*.

A criança, nesta faixa etária, ao confrontar-se frequentemente com dificuldades e tarefas que não consegue resolver, ao comparar o seu desempenho com o dos pares e ao assimilar informação que os outros dão acerca do seu baixo desempenho, irá, por esta razão e segundo a nossa interpretação, ter uma auto-estima no domínio escolar bastante comprometida. Como já referimos, a auto-estima neste domínio parece ser,

segundo os nossos resultados, de importância crucial para o aparecimento e manutenção da psicopatologia. Por seu lado, a auto-estima no domínio da competência escolar é importantíssima na determinação da auto-estima global o que, em nosso entender, se relaciona com a importância que o contexto escolar adquire nesta fase do desenvolvimento e com as expectativas que os outros significativos têm acerca do desempenho da criança neste domínio. Ser bom aluno associa-se à satisfação pessoal, isto é, à auto-estima global. Daí que, mais uma vez, a importância que a criança atribui à competência no domínio da aceitação social, assim como a informação que os outros fornecem e as expectativas que elaboram, adquiram nestas crianças um peso considerável. Por seu lado, as crianças que se consideram pouco satisfeitas consigo próprias são também aquelas que dão pouca importância ao domínio da aceitação social, são aquelas que mais se isolam dos pares e são também as crianças que evidenciam mais sinais evidentes de tristeza. Isto pode ser visto como uma reacção defensiva, por forma a evitar que os outros tenham, segundo a perspectiva da criança a noção que ela tem de si própria. Da mesma forma que as crianças com uma baixa capacidade de raciocínio não verbal se apresentam menos obedientes às regras da sala de aula, o mesmo acontece em relação às crianças com uma baixa auto-estima global.

As crianças que se consideram competentes no domínio escolar isolam-se menos dos colegas, fora da sala de aula, e evidenciam segundo a percepção dos professores, menos sinais evidentes de tristeza, o que leva a supor que interagem de forma mais frequente com os pares. São também crianças que apresentam um comportamento menos adequado face ao professor, o que nos leva a pensar que a competência percebida lhe permite desafiar o professor ou comportar-se menos adequadamente.

As crianças com uma elevada auto-estima no domínio da competência escolar, apresentam, igualmente, mais competências sociais, no que diz respeito às tarefas e comportamentos escolares. Por outro lado, as crianças com uma baixa auto-estima no domínio da competência escolar são socialmente menos competentes nas tarefas e comportamentos escolares, o que nos leva a supor algum rigor na percepção que estas crianças têm acerca das suas competências nesta área. O mesmo já não acontece com as crianças com psicopatologia externalizável, nomeadamente com as crianças agressivas, que, segundo alguns autores (e.g. Hughes, Cavell & Grossman, 1997), tendem a hipervalorizar-se, quer em relação às suas competências, quer em relação aos outros significativos, apresentando portanto uma distorção nas avaliações que fazem. Esta hipervalorização pode comprometer os processos futuros de relacionamento interpessoal. Estas crianças apresentam auto-percepções pouco diferenciadas, negando as imperfeições do seu *self* e os relacionamentos negativos que estabelecem com os outros e distorcendo informação relevante que pode interferir com o desenvolvimento de modelos, do *self* e dos outros, mais complexos.

Como vimos, as crianças com uma auto-estima global mais baixa dão menos importância à competência no domínio da aceitação social. Se repararmos, quando a importância atribuída a este domínio tende a diminuir, a importância atribuída à competência atlética tende também a baixar. Assim, as crianças que estão menos satisfeitas consigo próprias, tenderão a valorizar menos estas áreas. São também as crianças que menos importância atribuem à competência atlética que mais se isolam dos colegas e que apresentam menos comportamentos agressivos. Estes resultados são compreensíveis se tivermos em conta que a competência atlética é um domínio que pressupõe competitividade e interação com os pares. Tendo em conta que as raparigas apresentam menos frequentemente comportamentos agressivos, este dado

leva-nos a supor um maior isolamento destas crianças face aos pares e uma menor importância atribuída às áreas que implicam interacção social, como são os domínios da aceitação social e competência atlética. Pensamos que a baixa auto-estima global poderá constituir um risco importante nas raparigas, pela sua interacção com outras variáveis associadas aos problemas de comportamento internalizáveis.

Verificamos que quando aumenta o tempo de conhecimento que o professor tem do aluno, maior é a aceitação deste por parte dos colegas. Quando a relação professor-aluno é consistente e duradoura o professor tenderá a aceitar melhor o aluno, funcionando como um modelo para os outros alunos, mesmo que as atitudes e comportamentos da criança não sejam os mais adequados. É também com o tempo de conhecimento que o professor tem do aluno que mais frequentemente o professor detecta sinais evidentes de tristeza, características da sintomatologia internalizável, o que pode apontar para uma maior sensibilidade por parte do professor na identificação destes sinais. Por outro lado, sabemos que o tempo de conhecimento do aluno tende a aumentar com a escolaridade e, portanto, com a idade da criança. Ora, como vimos atrás, parece que os problemas de comportamento internalizáveis tendem a aumentar com a idade.

Constatamos também que quanto menor o rendimento escolar da criança, menor a quantidade e qualidade do seu envolvimento dos relacionamentos interpessoais, menos competências sociais ligadas às tarefas e actividades escolares e menos competências sociais em geral apresenta. O baixo rendimento escolar pode levar a criança a um maior isolamento e menor interacção com os colegas, o que por sua vez se associa a menores competências sociais e vice-versa. A criança com fracas competências sociais tem menos possibilidade de sucesso nos relacionamentos

interpessoais, tendendo a um menor investimento nesta área. As crianças que apresentam isolamento social sentem-se inseguras, têm uma auto-estima negativa, limitações sociais e são dependentes em relação aos outros. Apesar de não se ter verificado no nosso estudo, há indicações que *"The presence of these behaviors (externalizing behaviors), has been linked to academic underachievement, conduct and attention-deficit disorders, immature and unrewarding social relationships with peers and adults, delinquency during childhood and adolescence, and criminality and other forms of anti-social psychopathology in adulthood"* (Farmer, 1995; Hinshaw, 1992; Parker & Asher, 1987; cit. por Deater-Deckard, 1998, p. 469). Outros autores defendem que o baixo rendimento escolar está associado aos problemas de comportamento externalizáveis e que as crianças agressivas experienciam menos suporte e maior conflito no seu relacionamento com os pais, professores e pares (Hughes et al., 1997).

As crianças com aulas de apoio apresentam menos conflitos com os colegas, mais sinais evidentes de tristeza e isolam-se mais frequentemente dos colegas, fora da sala de aula. As crianças que normalmente frequentam aulas de apoio são aquelas que apresentam mais dificuldades nas tarefas escolares e que por estas duas razões poderão sofrer um processo de estigmatização por parte dos pares, levando a um maior isolamento, menos conflitos com os pares e mais sinais evidentes de tristeza. *"The findings that socially withdrawn children were not unpopular was not particularly surprising in light of the fact that withdrawn children were actually very compliant (perhaps excessively so) to the overtures (often of high cost to them) of their peers. (...) They were viewed by peers, however, as passive, fearful, and withdrawn"* (Rubin & Cohen, 1986; Rubin & Mills, 1988; cit. por Rubin, Hymel, Mills & Rose-Krasnor, 1991, p. 106). Panak & Garber (1992) concluíram que a rejeição percebida pela criança media a relação entre a rejeição referida pelos pares e os sintomas depressivos

referenciados pela criança. Por outro lado, estas crianças menos competentes na área académica, tendem a ter aulas de apoio, à medida que avançam na escolaridade e à medida que se aproximam da pré-adolescência. Como vimos, com a aproximação deste período, as crianças tendem a apresentar mais frequentemente psicopatologia internalizável.

As crianças com menos interesse / motivação pelas actividades escolares são menos aceites, em termos de atitudes e comportamentos, por parte dos colegas. Estas crianças tenderão a ter piores resultados nas actividades escolares, levando-as a desinvestir nestas áreas. Assim, pelos fracos resultados que apresentam e pela falta de iniciativa, tenderão a ser mais rejeitadas pelos pares.

Quanto mais obediente for a criança, mais adequado é o seu comportamento na sala de aula, segundo a percepção do professor, e quanto mais adequado o seu comportamento na sala de aula, mais adequado o seu comportamento face ao professor e menos conflitos tem com os colegas. Esta constelação de variáveis parece-nos evidente. Um bom padrão relacional com os colegas e com o professor correlaciona-se com um comportamento adequado. Pelo contrário, as alterações comportamentais repercutem-se nos relacionamentos interpessoais, quer com os pares, quer com os adultos. A regulação comportamental tem um efeito directo no comportamento social apropriado (Eisenberg, Guthrie, Fabes, Reiser, Murphy, Holgren, Maszk & Losoya, 1997).

Reparamos que quanto maior é a adequação comportamental face ao professor, mais sinais evidentes de tristeza são referenciados pelo professor e menos competências sociais, no que diz respeito às actividades sociais, são apresentadas pela criança. Apesar da adequação comportamental face ao professor poder à partida ser um indicador da ausência de problemas, estes dados levam-nos a supor que, em

crianças com psicopatologia, esta adequação comportamental pode trazer consigo sinais de tristeza e menos competências sociais nas actividades sociais, aspectos associados à presença de problemas, nomeadamente de problemas de natureza internalizável. A adequação comportamental face ao professor poderá ser nestas crianças um aspecto mais relacionado com a patologia do que com a sua ausência. McConaughy, Achenbach & Gent (1988; cit. por Stormshak et al., 1998, p. 453) concluíram que a presença de problemas internalizáveis (depressão e isolamento social) no contexto familiar predizem um decréscimo do risco para os problemas comportamentais na escola, mesmo quando estes problemas internalizáveis ocorrem simultaneamente com elevados índices de comportamentos agressivos.

As crianças que apresentam mais conflitos com os colegas apresentam mais comportamentos agressivos e menos sinais evidentes de tristeza. A agressividade e a conflituosidade com os colegas, são comportamentos que caracterizam os problemas de comportamento externalizáveis, enquanto que os sinais evidentes de tristeza caracterizam basicamente a psicopatologia internalizável. Tal como noutros estudos (e.g. Achenbach, 1991), estas duas categorias de problemas de comportamento aparecem distintas uma da outra. Segundo Campbell (1991), as crianças identificadas pelos pais como difíceis de lidar são apontadas pelos professores como mais hiperactivas e agressivas. As observações na sala de aula indicam que se trata de crianças mais agressivas com os pares.

As crianças que se isolam, fora da sala de aula, segundo a percepção do professor, são aquelas que apresentam um maior isolamento social e mais problemas de comportamento internalizável. A percepção que o professor tem acerca do isolamento social do aluno parece constituir um sinal de alerta para a possível existência de problemas de comportamento internalizáveis, particularmente no que diz

respeito aos problemas de isolamento social. O isolamento social é uma variável que prediz o aparecimento futuro de problemas de comportamento internalizáveis. As crianças que apresentam isolamento social têm dificuldades nos comportamentos de liderança e portanto quase nunca exibem comportamentos dominantes. Este dado parece ser particularmente importante nos problemas de comportamento internalizáveis, na medida em que quanto maior o isolamento do aluno fora da sala de aula, menor a probabilidade de apresentar comportamentos delinquentes, em especial, e de apresentar problemas de comportamento externalizáveis.

A ausência de sinais evidentes de tristeza associa-se aos problemas de pensamento. Portanto, a ausência destes sinais, apesar de ser à partida um indicador de ausência de problemas, poderá, nas crianças com psicopatologia, constituir uma pista para a detecção de problemas de pensamento. Note-se que este tipo de problemas não se inclui nas categorias de problemas de comportamento internalizáveis ou externalizáveis.

As crianças que apresentam menos competências sociais, no que diz respeito às tarefas e comportamento escolar são aquelas que tendem a ter mais problemas de atenção. A falta de atenção e concentração poderá levar a criança a ter um reportório reduzido de competências sociais relativas à escola ou vice-versa. Repare-se que falta de atenção, a distractibilidade e a impulsividade, que por norma lhe está associada, constitui o padrão que reflecte a capacidade destas crianças para efectuarem a exploração contextual e o seu estilo de relacionamento interpessoal, com as limitações referidas. Os déficits que caracterizam estas crianças, nomeadamente as dificuldades para manter a atenção e as dificuldades na organização comportamental para a execução das tarefas escolares, podem colocar as crianças em risco para os

comportamentos disfuncionais dentro da sala de aula e para dificuldades de relacionamento com os pares, devido a uma pobre regulação do comportamento social.

Estas crianças que exibem poucas competências sociais no domínio escolar apresentam mais frequentemente comportamentos delinquentes e agressivos e portanto, mais problemas de comportamento externalizáveis. O mesmo se passa em relação às crianças com baixas competências sociais em geral, isto é, crianças com uma baixa quantidade e qualidade de envolvimento nas actividades e relacionamentos sociais. As baixas competências sociais poderão ser vistas como um risco para o aparecimento ou manutenção da psicopatologia externalizável. Estas crianças poderão, segundo a nossa interpretação, apresentar déficits na capacidade de regular a atenção e de orientar o seu comportamento com vista a um objectivo definido e por outro lado, poderão apresentar déficits na regulação emocional à medida que edificam estratégias coercivas interpessoais para manter os seus relacionamentos. Isto significa que os déficits referidos irão restringir o leque de comportamentos adequados nas interacções sociais, o que por sua vez compromete a complexificação das competências sociais.

As famílias que experienciam mais acontecimentos de vida tendem a sentir de forma mais intensa o seu impacto. Este dado parece-nos óbvio, já que, no nosso questionário de acontecimentos de vida, sempre que um determinado acontecimento teve lugar, o sujeito tem que indicar o impacto que teve na sua vida, numa escala de *Likert*, aumentando desta maneira os scores relativos ao impacto dos acontecimentos de vida.

Pensamos que se torna pertinente a leitura destes resultados à luz de um modelo que integre os domínios do controle de impulsos, regulação emocional, compreensão

emocional e *self-awareness* na compreensão da competência interpessoal. *“Basis to this model is the premise that child’s coping, as reflected in behavior and internal regulation, is a function of his or her emotional awareness, affective-cognitive control, and social-cognitive understanding”* (Greenberg, Kusche & Speltz, 1991, p. 22). No grupo etário a que pertence a nossa amostra, e no que diz respeito à integração de estádios de desenvolvimento, podemos dizer que o pensar sobre a linguagem se torna habitual. Aumenta a capacidade de reflexão num plano sequencial de acção e desenvolve-se a capacidade da tomada de múltiplas perspectivas acerca de uma determinada situação. *“We believe that the direction of causal effects is likely to go from social-cognitive integrations to behavior. Not only does our model hypothesize this direction, but we also believe that is unlikely that changes in adaptative behavior would lead to changes in the integration of social-cognitive and linguistic skills”* (Greenberg et al., 1991, p. 46).

Em relação aos aspectos familiares estudados, observamos que a funcionalidade familiar tem um efeito significativo na importância atribuída ao domínio do comportamento, no tempo de conhecimento do aluno, nas queixas somáticas, nos problemas sociais e nos problemas de pensamento. Assim, as famílias mais funcionais são aquelas cujas crianças atribuem uma maior importância ao domínio do comportamento, seguida das famílias com um nível intermédio de funcionalidade. As famílias com elevada funcionalidade são aquelas que têm níveis de coesão e de adaptabilidade familiar intermédios (portanto, mais funcionais), pelo que a existência de limites adequados entre os elementos da família e a existência de regras mais flexíveis do funcionamento familiar, faz com que a criança valorize as questões relativas ao comportamento. Provavelmente estas questões serão também valorizadas

no seio da família. As famílias mais funcionais têm crianças que mais frequentemente apresentam queixas somáticas e problemas de pensamento. Uma vez que os problemas de pensamento se correlacionam com o isolamento social, e dado que o isolamento social e as queixas somáticas fazem parte da categoria de problemas de comportamento internalizáveis, podemos pensar numa relação entre a funcionalidade familiar e a psicopatologia internalizável. Curiosamente, parecem ser as famílias com um nível intermédio de funcionalidade que apresentam mais frequentemente problemas sociais. Este dado leva-nos a supor que as famílias com um nível de funcionalidade baixo não percebem muitos dos problemas sociais da criança, não identificando os comportamentos disfuncionais nesta esfera.

Verificamos também um efeito significativo da coesão familiar no rendimento escolar. As famílias com um nível de coesão intermédio são aquelas cujas crianças apresentam um melhor rendimento escolar, seguidas das famílias com um nível elevado de coesão. Note-se que, o nível de coesão intermédio é o mais adaptativo para a família. Parece contudo, que as famílias desmembradas englobam crianças com um rendimento escolar mais fraco. Dado que se trata de famílias com um nível de coesão disfuncional, é provável que a supervisão que fazem das suas crianças seja muito baixa, negligenciando estes aspectos relacionados com o rendimento escolar. Radke-Yarrow e Brown (1993) também concluíram, através de um estudo longitudinal de 10 anos, que as crianças perturbadas, oriundas de famílias caóticas, apresentavam um rendimento académico mais pobre, quando comparadas com crianças resilientes, oriundas de contextos familiares afins.

Também na variável adaptabilidade familiar observamos um efeito significativo no comportamento agressivo. Curiosamente, são as famílias com níveis intermédios, e portanto mais funcionais de adaptabilidade familiar que mais frequentemente têm crianças agressivas.

Segundo a literatura, estas crianças pertencem a famílias com interações coercivas e apresentam déficits na regulação emocional pela aprendizagem de estratégias interpessoais coercivas para lidar com os relacionamentos. Estas crianças *"...are expected to show the broadest spectrum of school maladjustment, including disruptive behaviour, and peer rejection"* (Moffit, 1990, cit. por Stormshak, 1998, p. 454). Segundo a mesma fonte, as crianças agressivas podem ter experienciado uma grande exposição a modelos agressivos, podem ter tido comportamentos agressivos reforçados e ainda aprendizagens de relacionamentos interpessoais discordantes. A expressão emocional adequada, por parte dos pais, face às exigências da criança é-lhe transmitida. São partilhados os afectos negativos e as experiências intolerantes. *"Childhood impulse disorders may then occur more frequently in relationships where the parent(s), themselves, have poor ability to control their affects, rarely communicate these affects verbally, and show an absence of joint planning"* (Greenberg et al., 1991, p. 27). Outros autores (Gest, Neemann, Hubbard, Masten & Tellegen, 1993) constataram que a adversidade parental está associada a um pequeno aumento de problemas da conduta. Também Downey e Walker (1992) enfatizaram a importância dos factores de risco familiar no desenvolvimento das crianças de alto risco. As características intrínsecas à criança, são, segundo os resultados destes autores, menos preditivas do comportamento agressivo. *"Results showed that poor parenting coping and the use of aggressive discipline methods were significantly associated with hyperactivity after adjusting for the effects of conduct disorder and*

parental mental health. The best parenting prediction of hiperactivity was disciplinary aggression" (Woodward, 1998, p. 161).

Segundo Higgins (1996) (ver página 151 do presente trabalho), existe uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a adaptabilidade familiar e a escala de comportamentos internalizáveis do CBCL ($r = -0,32$, $p < 0,01$). Segundo o mesmo autor, a negligência e a coesão familiar são os únicos preditores dos problemas de comportamento internalizáveis.

Em geral, as crianças com poucas experiências de relacionamentos adequados com os pares podem estar, de facto, em risco para a psicopatologia futura (Rubin, Hymel & Rose-Krasnor, 1991). "*... peer relationships are a driving force in development or merely a barometer of general psychological adjustment*" (Rubin et al., 1991). Através da interacção com os pares as crianças desenvolvem a capacidade da tomada de perspectiva nos relacionamentos interpessoais. Os pares também funcionam como modelos de aprendizagem e como reforços para o comportamento socialmente apropriado.

As comparações sociais, tornam-se nestas idades, não só possíveis como salientes; há o reconhecimento das falhas sociais e o desenvolvimento de uma percepção social negativa; aparece a ansiedade social e o subsequente isolamento. Daqui decorre uma avaliação negativa da criança, por parte dos pares, e o isolamento do grupo com eventual sentimento de solidão e depressão. Esta dificuldade na construção e manutenção de relacionamentos interpessoais é mais comum na psicopatologia internalizável.

Por outro lado, o padrão de hostilidade e agressividade, típico dos problemas de comportamento externalizáveis, resulta na rejeição por parte dos pares. A escola é

percebida como um contexto negativo. Com o tempo, torna-se mais evidente a rejeição por parte dos pares e o isolamento do grupo.

Para além da importância da interacção social no contexto escolar, verifica-se facilmente o peso significativo das interacções no contexto familiar. Vimos que das interacções familiares resulta igualmente a adequação ou desadequação comportamental, de diferente natureza. Tal como os colegas, a interacção entre os elementos da família funciona como um modelo de aprendizagem acerca dos relacionamentos interpessoais.

Da leitura dos resultados relativos à escala de competências sociais e respectivas sub-escalas, reparamos que estes não constituem um dado novo, visto que todas as sub-escalas se correlacionam positivamente com a escala referida.

No que diz respeito à escala de problemas de comportamento do CBCL, reparamos que as grandes categorias de problemas comportamentais (internalizáveis e externalizáveis) se correlacionam com as respectivas sub-escalas. Em relação aos problemas de comportamento que não fazem parte destas duas categorias, constatamos que a sub-escala de problemas sociais está correlacionada negativamente com a sub-escala de isolamento social e positivamente com a sub-escala de comportamento agressivo. Podemos pensar que a sub-escala de problemas sociais estará mais associada à sintomatologia externalizável. Uma interpretação idêntica pode ser dada à sub-escala de problemas de atenção ao correlacionar-se negativamente com o isolamento social e com a ansiedade/depressão, e positivamente com o comportamento delincente, comportamento agressivo e problemas de comportamento externalizáveis. Contudo, a sub-escala de problemas de pensamento está positivamente associada às queixas somáticas, uma das sub-escalas da categoria de

problemas de comportamento internalizáveis. Este último dado é, no entanto, bastante discutível, uma vez que, o factor problemas de pensamento não tem “... correspondência directa na solução factorial escolhida para o nosso país” (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994, p. 61).

- Em jeito de conclusão, gostaríamos de tecer breves considerações acerca do trabalho realizado.

Ao elaborarmos a presente investigação, com crianças saudáveis e crianças com psicopatologia, tentamos sublinhar um dos pilares da Psicopatologia do Desenvolvimento, através do qual, os processos normais informam os processos psicopatológicos. Foi nossa intenção, igualmente, obter dados de crianças a partir de diferentes informantes, de diferentes contextos em que interage. Dado o tipo de estudo e a consequente metodologia utilizada, e dada a sua dimensão, não nos é permitido fazer qualquer tipo de generalização para outros contextos que não este. Relembre-se que este estudo foi realizado numa região circunscrita do país, com especificidades sócio-culturais, que lhe poderão conceder alguma singularidade. Contudo, a nossa intenção foi realizar um estudo exploratório que suscitasse investigações futuras, nas quais, para além dos factores de risco/protecção e suas relações, se pudesse abordar os mecanismos de risco/protecção, ao longo do tempo. Face à pertinência desta dimensão temporal no desenvolvimento infantil, normal ou patológico, sugerimos investigações de carácter longitudinal, com um maior número de crianças. Sugerimos também que sejam abarcadas outras faixas etárias da infância e mesmo de outros períodos do ciclo vital. O risco psicossocial no desenvolvimento infantil já constituiu alvo de investigação na comunidade científica portuguesa. Um exemplo disso, é o estudo sobre o impacto dos riscos psicossociais no aumento de peso nos primeiros meses de vida (Viana, 1991). O nosso trabalho foca-se precisamente nos riscos psicossociais e na sua influência no desenvolvimento psicossocial infantil.

Será provavelmente através de um percurso desta natureza que as noções de saúde e doença mental infantil poderão ser abordadas a partir da mesma grelha de leitura de uma realidade una que é a criança.

BIBLIOGRAFIA

Abidin, R.R.; Jenkins, C.L. & McGaughey, M.C. (1992). The relationship of early family variables to children's subsequent behavioral adjustment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 21, (1), 60-69.

Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. Psychological Bulletin, vol.85, nº6, 1275-1301.

Achenbach, T.M. (1990). Conceptualization of developmental psychopathology. In M. Lewis & S.M. Miller (Eds.), Handbook of Developmental Psychopathology, pp.3-14. New York: Plenum Press.

Baldwin, A.L.; Baldwin, C.P.; Kasser, T.; Zax, M.; Sameroff, A. & Seifer, R. (1993). Contextual risk and resiliency during late adolescence. Development and Psychopathology, 5, 741- 761.

Bandura (1985). A model of causality in social learning theory. In M. Mahoney and A. Freedman (Eds.), Cognition and therapy. New York: Plenum Press.

Bergman, A.J. & Walker, E. (1995). The relationship between cognitive functions and behavioral deviance in children at risk for psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 36, nº2, 265- 278.

Block, J. & Gjercle, P.F. (1990). Depressive symptoms in late adolescence: A longitudinal perspective on personality antecedents. In J. Rolf & A.S. Masten (Eds.), Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

Bolgar, R.; Zweig-Frank, M.D. & Paris, J. (1995). Childhood antecedents of interpersonal problems in young adult children of divorce. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, vol. 34, nº2, 143- 150.

Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health (WHO monograph 2). Geneva: World Health Organization.

Boyce, W.T.; Frank, E.F.; Jensen, P.S.; Kessler, R.C.; Nelson, C.A.; Steinberg, L. & The MacArthur Foundation Research Network on Psychopathology and Development (1998). Social context in developmental psychopathology: Recommendations for future research from the MacArthur Network on Psychopathology and Development. Development and Psychopathology, 10, 143-164.

Boyle, M.; Offord, D.; Racine, Y. et al. (1997). Interviews vs. Checklists for classifying childhood disorder. Archives of General Psychiatry, 54, 793- 800.

Brandtstadter, J. (1980). Relationships between life-span developmental theory, research and intervention: A revision of some stereotypes. In Life-Span Developmental Psychology: Intervention. New York: Academic Press.

Brewin, C.R.; Andrews, B. & Gotlib, I.H. (1993). Psychopathology and early experience: A reappraisal of retrospective reports. Psychological Bulletin, vol. 113, nº1 , 82- 98.

Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.

Baldwin, A.L.; Baldwin, C.P.; Kasser, T.; Zax, M.; Sameroff, A. & Seifer, R. (1993). Contextual risk and resiliency during late adolescence. Development and Psychopathology, 5, 741- 761.

Bandura (1985). A model of causality in social learning theory. In M. Mahoney and A. Freedman (Eds.), Cognition and therapy. New York: Plenum Press.

Bergman, A.J. & Walker, E. (1995). The relationship between cognitive functions and behavioral deviance in children at risk for psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 36, nº2, 265- 278.

Block, J. & Gjerle, P.F. (1990). Depressive symptoms in late adolescence: A longitudinal perspective on personality antecedents. In J. Rolf & A.S. Masten (Eds.), Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

Bolgar, R.; Zweig-Frank, M.D. & Paris, J. (1995). Childhood antecedents of interpersonal problems in young adult children of divorce. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, vol. 34, nº2, 143- 150.

Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health (WHO monograph 2). Geneva: World Health Organization.

Boyce, W.T.; Frank, E.F.; Jensen, P.S.; Kessler, R.C.; Nelson, C.A.; Steinberg, L. & The MacArthur Foundation Research Network on Psychopathology and Development (1998). Social context in developmental psychopathology: Recommendations for future research from the MacArthur Network on Psychopathology and Development. Development and Psychopathology, 10, 143-164.

Boyle, M.; Offord, D.; Racine, Y. et al. (1997). Interviews vs. Checklists for classifying childhood disorder. Archives of General Psychiatry, 54, 793- 800.

Brandtstadter, J. (1980). Relationships between life-span developmental theory, research and intervention: A revision of some stereotypes. In Life-Span Developmental Psychology: Intervention. New York: Academic Press.

Brewin, C.R.; Andrews, B. & Gotlib, I.H. (1993). Psychopathology and early experience: A reappraisal of retrospective reports. Psychological Bulletin, vol. 113, nº1 , 82- 98.

Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.

Campbell, S.B. (1991). Longitudinal studies of active and aggressive preschoolers: Individual differences in early behavior and in outcome. In Dante Cicchetti and Sheree L. Toth (Eds.), Internalizing and Externalizing Expressions of Disfunction: Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, vol. 2. New Jersey: Hillsdale.

Capaldi, D. (1991). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: I. Familial factors and general adjustment at grade 6. Development and Psychopathology, 3, 277- 300.

Cassidy, J. (1988). Child-mother attachment and the self in six-year-olds. Child Development, 59, 121- 134.

Caughy, M.; DiPietro, J.A. & Strobino, D.M. (1994). Day-care participation as a protective factor in the cognitive development of low-income children. Child Development, 65, nº2, 457- 471.

Chiland, C. (1974). Some paradoxes connected with risk and vulnerability. In The Child in His Family: Children at Psychiatric Risk. New York: John Wiley & Sons.

Cicchetti, D. (1987). Developmental psychopathology in infancy: Illustration from the study of maltreated youngsters. Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 55, nº6, 837- 845.

Cicchetti, D. (1990). A historical perspective on the discipline of developmental psychopathology. In J. Rolf & A.S. Masten (Eds.), Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

Cicchetti, D. & Toth, S.L. (1991). A developmental perspective on internalizing and externalizing disorders. In Dante Cicchetti and Sheree L. Toth (Eds.), Internalizing and Externalizing Expressions of Disfunction: Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, vol. 2. New Jersey: Hillsdale.

Cicchetti, D.; Beeghly, M.; Carlson, V.; Coster, W.; Gersten, M.; Riecler, C. & Toth, S. (1991). Development and psychopathology: Lessons from the study of maltreated children. In D. P. Keating & H. Rosen (Eds.), Constructivist Perspectives on Developmental Psychopathology and Atypical Development. Hillsdale, NJ: Plenum Press.

Cicchetti, D. & Garmezy, N. (1993). Prospects and promises in the study of resilience. Development and Psychopathology, 5, 497- 502.

Cicchetti, D.; Rogosch, F.A.; Lynch, M. & Holt, K.D. (1993). Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptative outcome. Development and Psychopathology, 5, 629- 647.

Cicchetti, D. (1993). Developmental psychopathology: Reactions, reflections, projections. Developmental Review, 13, 471- 502.

Cicchetti, D. & Bukowski, W.M. (1995). Developmental processes in peer relations and psychopathology. Development and Psychopathology, 7, 587- 589.

Cicchetti, D. & Aber, J.A. (1998). Contextualism and developmental psychopathology. Development and Psychopathology, 10, 137-141.

Cohen, P.; Velez, C.N.; Brook, J. & Smith, J. (1989). Mechanisms of the relation between perinatal problems, early childhood illness, and psychopathology in late childhood and adolescence. Child Development, 60, 701- 709.

Compas, B.E.; Howell, D.C.; Phares, V.; Williams, R.A. & Giunta, C.T. (1989). Risk factors for emotional/behavioral problems in young adolescents: A prospective analysis of adolescent and parental stress and symptoms. Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 57, nº6, 732- 740.

Conrad, M. & Hammen, C. (1993). Protective and resource factors in high and low-risk children: A comparison of children with unipolar, bipolar, medically ill, and normal mothers. Development and Psychopathology, 5, 593- 607.

Costello, E.J. & Angold, A. (1993). Toward a developmental epidemiology of disruptive behavior disorders. Development and Psychopathology, 5, 91- 101.

Crittenden, P.M. (1992). Children's strategies for coping with adverse home environments: An interpretation using attachment theory. Child Abuse & Neglect, vol. 16, 329- 343.

Damon, W. (1989). Introduction: Advances in developmental research. In Childhood Development Today and Tomorrow. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Dantas, A. & Sampaio, D. (1990). Versão portuguesa das escalas do modelo de Olson. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar.

Deater-Deckard, K.; Dodge, K.A.; Bates, J.E. & Pettit, G. (1998). Multiple risk factors in the development of externalizing behavior problems: Group and individual differences. Development and Psychopathology, 10, 469-493.

Dodge, K.A. & Somberg, D.R. (1987). Hostile attributional biases among aggressive boys are exacerbated under conditions of threats to the self. Child Development, 58, 213- 224.

Dodge, K.A. (1990). Developmental psychology in children of depressed mothers. Developmental Psychology, vol. 26, nº1, 3- 6.

Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (1978). The Journal of Nervous and Mental Disease, 166, 7- 15.

Downey, G. & Walker, E. (1992). Distinguishing family-level and child-level influences on the development of depression and aggression in children at risk. Development and Psychopathology, 4, 81- 95.

Easterbrooks, M.A.; Davidson, C.E. & Chazan, R. (1993). Psychological risk, attachment, and behavior problems among school-aged children. Development and Psychopathology, 5, 389- 402.

Easterbrooks, M.A.; Davidson, C.E. & Chazan, R. (1993). Psychological risk, attachment, and behavior problems among school-aged children. Development and Psychopathology, 5, 389- 402.

Ebata, A.T.; Petersen, A.C. & Conger, J.J. (1990). The development of psychopathology in adolescence. In J. Rolf & A.S. Masten (Eds.), Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

Egeland, B.; Carlson, E. & Sroufe, L.A. (1993). Resilience as process. Development and Psychopathology, 5, 517- 528.

Egeland, B.; Pianta, R. & O'Brien, M.A. (1993). Maternal intrusiveness in infancy and child maladaptation in early school years. Development and Psychopathology, 5, 359- 370.

Egeland, B.; Pianta, R. & Ogawa, J. (1996). Early behavior problems: Pathways to mental disorders in adolescence. Development and Psychopathology, 8, 735- 749.

Eisenberg, N.; Guthrie, I.K.; Fabes, R.A.; Reisen, M.; Murphy, B.C.; Holgren, R.; Maszk, P. & Losoya, S. (1997). The relations of regulation and emotionality to resilience and competent social functioning in elementary school children. Child Development, vol.68, nº2, 295- 311.

Elder, G.H.Jr; Nguyen, T.V. & Caspi, A. (1985). Linking family hardship to children's lives. Child Development, 56, 361- 375.

Escalona, S. (1974). Intervention programs for children at psychiatric risk: The contribution of child psychology and developmental theory. In The Child in His Family: Children at Psychiatric Risk. New York: John Wiley & Sons.

Fagot, B.I. & Kavanagh, k. (1990). The prediction of anti-social behavior from avoidant attachment classification. Child Development, 61, 864- 873.

Fainsilber, L.K. et al. (1993). Patterns of marital conflict predict children's internalizing and externalizing behaviors. Developmental Psychology, vol. 29, nº6.

Faria, L. & Fontaine, A.M. (1995). Reflexões sobre a adaptação de um instrumento de auto-conceito a crianças e a pré-adolescentes: self-perception profile for children (SPPC) de Harter. Avaliação psicológica: Formas e contextos, 3, 323-330.

Fendrich, M.; Warner, V. & Weissman, M.M. (1990). Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. Developmental Psychology, vol. 29, nº1, 40- 50.

Fergusson, D.M. & Lynskey, M.T. (1996). Adolescent resiliency to family adversity. Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 37, nº3, 281- 292.

Fonseca, A.C.; Simões, A.; Rebelo, J.A.; Ferreira, J.A. & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas de comportamento em crianças e adolescentes- o Child Behavior Checklist de Achenbach (CBCL). Psychologica, 12, 55-78.

Fraser, W. (1997). Risk and resilience in childhood. New York: NASW Press.

Freud, A. & Burlingham, D. (1943). War and children. New York: Ernest Willard.

Garber, J.; Quiggle, N.L.; Panak, W. & Dodge, K.A. (1991). Agression and depression in children: Comorbidity, specificity, and social cognitive processing. In Dante Cicchetti and Sheree L. Toth (Eds.) Internalizing and Externalizing Expressions of Disfunction: Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, vol. 2. New Jersey: Hillsdale.

Garmezy, N. (1974). The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In The Child in His Family: Children at Psychiatric Risk. New York: John Wiley & Sons.

Garmezy, N. (1996). Reflections and commentary on risk, resilience, and development. In Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents: Processes, Mechanisms and Interventions. Cambridge University Press:

Gest, S.D.; Neemann, J.; Hubbard, J.J.; Masten, A.S. & Tellegen, A. (1993). Parenting quality, adversity, and conduct problems in adolescence: Testing process-oriented models of resilience. Development and Psychopathology, 5, 663- 682.

Glick, M. & Zigler, E. (1990). Premorbid competence and the courses and outcomes of psychiatric disorders. In J. Rolf & A.S. Masten (Eds.), Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

Goldstein, M.J. (1990). Family relations as risks factors for the onset and course of schizophrenia. In J. Rolf & A.S. Masten (Eds.), Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

Gore, S. & Eckenrode, J. (1996). Context and process in research on risk and resilience. In Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents: Processes, Mechanisms and Interventions: Cambridge University Press:

Greenberg, M.T.; Speltz, M.L.; Deklyen, M. & Endriga, M. C. (1991). Attachment security in preschoolers with and without externalizing behavior problems: A replication. Development and Psychopathology, 3, 413- 430.

Grothberg, E. (1995). A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. Early Childhood Development: Practice and Reflections, nº 8.

Haggard, E.A. (1974). A theory of adaptation and the risk of trauma. In The Child in His Family: Children at Psychiatric Risk. New York: John Wiley & Sons.

Harkness, S. & Super, C.M. (1990). Culture and psychopathology. In M. Lewis & S.M. Miller (Eds.), Handbook of Developmental Psychopathology. New York: Plenum Press.

Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. Child Development, 53, 87- 97.

Harter, S. & Pike, R. (1984). The pictorial scale of perceived competence and social acceptance for young children. Child Development, 55, 1969- 1982.

Harter, S. (1986 b). Processes underlying the construction, maintenance, and enhancement of the self-concept in children. In J. Suls & A. Greenwald (Eds.). Psychological Perspectives on the Self, vol. 3, Hillsdale, N.J.: Erlbaum, 136- 182.

Harter, S. (1987). The determinants and mediational role of global self-worth in children. In N. Eisenberg (Ed.). Contemporary Topics in Developmental Psychology, 219- 242.

Hetherington, E.M. (1989). Coping with family transitions: Winners, losers and survivors. Child Development, 60, 1- 14.

Higgins, J.; Gore, R.; Gutkind, D.; Mednick, S.A.; Prnas, J.; Schulsinger, F. & Cannon, T.D. (1997). Effects of child-rearing by schizophrenic mothers: A 25-year follow-up. Acta Psychiatrica Scandinavica, 96, 402- 404.

Himelein, M.J. & McElrath, J.A.V. (1996). Resilient child sexual abuse survivors: Cognitive coping and illusion. Child Abuse & Neglect, vol. 20, 747- 758.

Hoge, R.D.; Andrews, D.A. & Leschied, A.W. (1996). An investigation of risk and protective factors in a sample of youthful offenders. Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 37, nº4, 419- 424.

Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 11, 213-218.

Howard, D.E. (1996). Searching for resilience among african-american youth exposed to community violence: Theoretical issues. Journal of Adolescent Health, 18, 254- 262.

Howe, D. (1997). Parent-reported problems in 211 adopted children: Spme risk and protective factors. Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 38, nº4, 401- 411.

Hughes, J.N.; Cavell, T.A. & Grossman, P.B. (1997). A positive view of self: Risk or protection for aggressive children. Development and Psychopathology, 9, 75- 94.

Instituto Nacional de Estatística, Census 91 (13º recenseamento geral da população, 3º resenceamento geral da habitação, Outubro/93), Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. American Psychologist, vol. 48, nº2, 117- 126.

Joyce-Moniz, L. (1993). Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto. Lisboa: McGraw-Hill.

Kagan, J.; Gibbons, J.L.; Johnson, M.; Reznick, J.S. & Snidman, N. (1990). A temperamental disposition to the state of uncertainty. In J. Rolf & A.S. Masten (Eds.), Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

Katz, C.F. & Gottman, J.M. (1993). Patterns of marital conflict predict children's internalizing and externalizing behaviors. Developmental Psychology, vol. 29, nº 6, 940- 950.

Kendall, P.C.; Lerner, R.M. & Craighead, W.E. (1984). Human development and intervention in childhood psychopathology. Child Development, 55, 71- 82.

Kerr, M.; Tremblay, R.E.; Pagani, L. & Vitaro, F. (1997). Boys' Behavioral inhibition and the risk of later delinquency. Archives of General Psychiatry, 54, 809- 816.

Kopp, C.B. & McCall, R.B. (1982). Predicting later mental performance for normal, at-risk, and handicapped infants. In Life-Span Development and Behavior. New York: Academic Press.

Kopp, C.B. (1983). Risk factors in development. In P.M. Mussen (Ed.), Handbook of Child Psychology. New York: Wiley.

Kopp, C.B. & Krakow, J.B. (1983). The developmentalist and the study of biological risk: A view of the past with an eye toward the future. Child Development, 54, 1086- 1108.

Kopp, C.B. (1987). Developmental risk: Historical reflections. In Handbook of Infant Development. Joy Doninger Osofsky Editor: New York.

Kupersmidt, J.B.; Griesler, P.C.; DeRosier, M.E.; Patterson, C.J. & Davis, P.W. (1995). Childhood aggression and peers relations in the context of family and neighborhood factors. Child Development, vol. 66, nº2, 360- 375.

Lamb, M.E. (1987). Predictive implications of individual differences in attachment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 55, nº6, 817- 824.

Laucht, M.; Esser, G. & Schmidt, M.H. (1997). Developmental outcome of infants born with biological and psychological risks. Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 38, nº7, 843- 853.

Lebovici, S. & Diatkine, R. (1974). Normality as a concept of limited usefulness in the assessment of psychiatric risk. In The Child in His Family: Children at Psychiatric Risk. New York: John Wiley & Sons.

Lemos, M.S. (1986). Metodologias sequenciais de investigação do desenvolvimento. Cadernos de Consulta Psicológica, 2, 143- 154.

Lester, B.M. (1992). Infants and their families at risk: Assessment and intervention. Infant Mental Health Journal, vol. 13, nº1, 54- 66.

Lewis, M. (1990). Models of developmental psychopathology. In M. Lewis & S.M. Miller (Eds.), Handbook of Developmental Psychopathology. New York: Plenum Press.

Lewis, M. (1990). Challenges to the study of developmental psychopathology. In M. Lewis & S.M. Miller (Eds.), Handbook of Developmental Psychopathology, pp.29-40. New York: Plenum Press.

Luthar, S.S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. Child Development, 62, 600- 616.

Luthar, S.S. & Zigler, E. (1992). Intelligence and social competence among high-risk adolescents. Development and Psychopathology, 4, 287- 299.

Luthar, S.S.; Doernberg, C.H. & Zigler, E. (1993). Resilience is not a unidimensional construct: Insights from a prospective study of inner-city adolescents. Development and Psychopathology, 5, 703- 717.

Luthar, S.S.; Cushing, G.; Merikangas, K. & Rounsaville, B. (1998). Multiple jeopardy: Risk and protective factors among addicted mother's offspring. Development and Psychopathology, 10, 117-136.

Lyons-Ruth, K.; Connell, D.B.; Zoll, D. & Stahl, J. (1987). Infants at social risk. relations among infant maltreatment, maternal behavior, and infant attachment behavior. Developmental Psychology, vol. 23, nº 2, 223- 232.

Lyons-Ruth, K.; Easterbrooks, M.A & Cibelli, C. D. (1997). Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: Prediction of internalizing and externalizing problems at age 7. Developmental Psychology, vol. 33, nº4, 681- 692.

Majumder, P.P.; Moss, H.B. & Murrelle, L. (1998). Familial and nonfamilial factors in the prediction of disruptive behaviors in boys at risk for substance abuse. Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 39, nº2, 203- 213.

Malatesta-Magai, C. (1991). Emotional socialization: Its role in personality and developmental psychopathology. In Dante Cicchetti and Sheree L. Toth (Eds.). Internalizing and Externalizing Expressions of Disfunction: Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, vol. 2. New Jersey: Hillsdale.

Martins, M.A.; Peixoto, F.; Mata, M. & Monteiro, V. (1995). Escala de auto-conceito para crianças e pré-adolescentes de Susan Harter (self perception profile for children). Provas Psicológicas em Portugal, I, 79-89.

Mask, E.J. & Dozois, J.A. (Eds.). Child psychopathology: A developmental-systems perspective. New York: The Guilford Press, 3-62.

Masten, A.S.; Best, K.M. & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. Development and Psychopathology, 2, 425-444.

Masten, A.S.; Morison, P.; Pellegrini, D. & Tellegen, A. (1990). Competence under stress: Risk and protective factors. In J. Rolf & A.S. Masten (Eds.), Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

Montada, L. & Schmitt, M. (1982). Issues in Applied Developmental Psychology. In Life-Span Development and Behavior. New York: Academic Press.

Mortimer, J.T.; Finch, M.D. & Kumka, D. (1982). Persistence and change in development: The multidimensional self-concept. In Life-Span Development and Behavior. New York: Academic Press.

Nigg, J.T. & Hinshaw, S.P. (1998). Parent personality traits and psychopathology associated with antisocial behaviors in childhood attention-deficit hyperactivity disorder. Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 39, nº2, 145- 159.

Nuechterlein, K.H.; Phipps-Yonas, S.; Driscoll, R. & Garmez, N. (1990). Vulnerability factors in children at risk: Anomalies in attentional functioning and social behavior. In J. Rolf & A.S. Masten (Eds.), Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

O'Dougherty, M. & Wright, F.S. (1990). Children born at medical risk: Factors affecting vulnerability and resilience. In J. Rolf & A.S. Masten (Eds.), Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

Olson, D.H.; Candyce, S.R. & Douglas, H.S. (1989). Circumplex Model: Systematic Assessment and Treatment Families. New York, NY: Haworth Press.

Panak, W.F. & Garber, J. (1992). Role of aggression, rejection, and attributions in the prediction of depression in children. Development and Psychology, 4, 145- 165.

Paschall, M.J.; Ennett, S.T. & Flewelling, R.L. (1996). Relationships among family characteristics and violent behavior in black and white male adolescents. Journal of Youth and Adolescence, vol. 25, 177- 197.

Patterson, G.R. & Capaldi, D.M. (1990). A mediational model of boys' depressed mood. In J. Rolf & A.S. Masten (Eds.), Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

Pearce, J.B. (1992). Parenting disorders and family breakdown. Current Opinion in Psychiatry, 5, 495- 499.

Pianta, R.C.; Egeland, B. & Sroufe, L.A. (1990). Maternal stress and children's development: Prediction of school outcomes and identification of protective factors. In J. Rolf & A.S. Masten (Eds.), Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

Pinto, A.C. (1990). Metodologia da investigação psicológica. Porto: Edições Jornal de psicologia.

Radke-Yarrow, M. & Sherman, T. (1990). Hard growing: Children who survive. In J. Rolf & A.S. Masten (Eds.). Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

Radke-Yarrow, M. & Brown, E. (1993). Resilience and vulnerability in children of multiple-risk families. Development and Psychopathology, 5, 581- 592.

Radke-Yarrow, M.; McCann, K.; DeMulder, E.; Belmont, B.; Martinez, P. & Richardson, D.T. (1995). Attachment in the context of high-risk conditions. Development and Psychopathology, 7, 247- 265.

Rahe, R.H. (1977). Epidemiological studies of life change and illness. In Lipowski, L., Lipsitt, D. & Whybrow, P. (Eds.), Psychosomatic Medicine: Current trends and clinical applications. New York: Oxford University Press.

Rende, R. & Plomin, R. (1993). Families at risk for psychopathology: Who becomes affected and why? Development and Psychopathology, 5, 529- 540.

Ribeiro, J.P.L. (1993). Características psicológicas associadas à saúde. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Ribeiro, J.P.L. (1996). Saúde e desenvolvimento. Análise Psicológica, 2-3 (XIV): 177-190.

Richters, J.E. & Cicchetti, D. (1993). Toward a developmental perspective on conduct disorder. Development and Psychopathology, 5, 1- 4.

Richters, J.E. & Weintraub, S. (1990). Beyond diathesis: Toward an understanding of high-risk environments. In J. Rolf & A.S. Masten (Eds.). Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

Richters, J.E. & Martinez, P. (1993). Violent communities, family choices, and children's chances: An algorithm for improving the odds. Development and Psychopathology, 5, 609- 627.

Rodin, J.; Striegel-Moore, R.H. & Silberstein, L.R. (1990). Vulnerability and resilience in the age of eating disorders: Risk factors and protective factors for bulimia nervosa. In J. Rolf & A.S. Masten (Eds.). Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

Rogers, L. & Kegan, R. (1991). Mental growth and mental health as distinct concepts in the study of developmental psychopathology: Theory, research, and clinical implications. In D. P. Keating & H. Rosen (Eds.). Constructivist Perspectives on Developmental Psychopathology and Atypical Development. Hillsdale, NJ: Plenum Press.

Rolf, J. & Johnson, J. (1990). Protected ou vulnerable: The challenges of AIDS to developmental psychopathology. In J. Rolf & A.S. Masten (Eds.). Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

Routh, D.K. (1990). Taxonomy in developmental psychopathology: Consider the source. In M. Lewis & S.M. Miller (Eds.). Handbook of Developmental Psychopathology. New York: Plenum Press.

Rubin, K.H. & Mills, R.S.L. (1988). The many faces of social isolation in childhood. Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 56, nº 6, 916-924.

Rutter, M. & Garmezy, N. (1983). Developmental psychopathology. In P. Mussen (Ed.). Handbook of Child Psychology, vol.4, p.775-911.

Rutter, M. (1990). Psychological resilience and protective mechanisms. In J. Rolf & A.S. Masten (Eds.). Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

Rutter (1991). Nature, nurture, and psychopathology. A new look at an old topic. Development and Psychopathology, 3, 125- 136.

Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. Journal of Adolescent Health, 14, 626- 631.

Rutter, M. (1996). Stress research: Accomplishments and task ahead. In Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents: Processes, Mechanisms and Interventions. Cambridge: Cambridge University Press.

Rutter, M. (1997). Child psychiatric disorder: Measures, causal mechanisms, and interventions. Archives of General Psychiatry, 54, 785- 792.

Sackett, G. & Gould, P. (1991). What can primate models of human development psychopathology model? In Dante Cicchetti and Sheree L. Toth (Eds.). Internalizing and Externalizing Expressions of Disfunction: Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, vol. 2. New Jersey: Hillsdale.

Sameroff, A.J. & Chandler, M.J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek and G. Siegel (Eds.). Review of child development research, vol.4. Chicago: University of Chicago Press, p.187-244.

Sameroff, A.J. & Seifer, R. (1983). Familial risk and child competence. Child Development, 54, 1254- 1268.

Sameroff, A. & Seifer, R. (1990). Early contributions of developmental risk. In J. Rolf & A.S. Masten (Eds.). Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

Selman, R.L.; Schultz, L.H.; Nakkula, M.; Barr, D.; Watts, C. & Richmond, J.B. (1992). Friendship and fighting: A developmental approach to the study of risk and prevention of violence. Development and Psychopathology, 4, 529- 558.

Simonoff, E.; Pickles, A.; Meyer, J.M.; Silberg, J.L.; Maes, H.H.; Loeber, R.; Rutter, M.; Hewitt, J.K. & Eaves, L.J. (1997). The Virginia Twin Study of adolescent behavioral development: Influences of age, sex, and impairment on rates of disorder. Archives of General Psychiatry, 54, 801- 808.

Simões, M.M.R. (1994). Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.). Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (Ph D. Thesis).

Smith, J. & Prior, M. (1995). Temperament and stress resilience in school-age children: A within-families study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, vol. 34, nº2, 168- 179.

Spencer, M.B.; Cole, S.P.; DuPree, D.; Glymph, A. & Pierre, P. (1993). Self-efficacy among urban african american early adolescents: Exploring issues of risk, vulnerability, and resilience. Development and Psychopathology, 5, 719- 739.

Sroufe, L.A. & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. Child Development, 55, 17- 29.

Sroufe, L.A.; Cooper, R.G. & DeHart, G.B. (1996). In C. Gadner, J. Vaicunas and J.E. Belser (Eds.), Child development: Its nature and course (3rd edition). New York: McGraw-Hill.

Standinger, V.M.; Marsiske, M. & Baltes, P.B. (1993). Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. Development and Psychopathology, 5, 541- 566.

Stewart, M.; Reid, G. & Mangham, C. (1997). Fostering children's resilience. Journal of Pediatric Nursing, vol. 12, nº1, 21- 30.

Stormshak, E.A.; Bierman, K.L. & The Conduct Problems Prevention Research Group (1998). The implications of different developmental patterns of disruptive behavior problems for school adjustment. Development and Psychopathology, 10, 451-467.

Stouthamer-Loeber, M.; Loeber, R.; Farrington, D.P.; Zhang, Q.; Kammen, W. & Maguin, E. (1993). The double edge of protective and risk factors for delinquency: Interrelations and developmental patterns. Development and Psychopathology, 5, 683-701.

Strauss, J.S. & Harding, C.M. (1990). Relationships between adult development and the course of mental disorder. In J. Rolf & A.S. Masten (Eds.), Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

Subtil, C.L.L. (1995). A família, a criança com doença grave e os pedidos expressos em cuidados de enfermagem: subsídios para a formação dos enfermeiros de saúde infantil e pediátrica. Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Sugarman, L. (1986). The Life-Span Development: Concepts: Theories and Interventions. London: Routledge.

Trickett, P.K. & McBride-Chang, C. (1995). The developmental impact of the different forms of child abuse and neglect. Developmental Review, 15, 311- 337.

Verhulst, F.C. & Bieman, H. (1995). Developmental course of problem behaviors in adolescent adoptees. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, vol. 34, nº2, 151- 159.

Verhulst, F.C.; Dekker, M.C. & Ende, J. (1997). Parent, teacher and self-reports as predictors of signs of disturbance in adolescents: Who information carries the most weight? Acta Psychiatrica Scandinavica, 96, 75- 81.

Viana, V.M.C. (1991). Desenvolvimento e crescimento: Estudo de algumas variáveis associadas ao aumento de peso nos primeiros meses de vida. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Walker, E. et al. (1983). Infants at risk for psychopathology: Offspring of schizophrenic parents. Child Development, 54.

Watt, N.F.; Moorehead-Slaughter, O.; Japzon, D.M. & Keller, G.G. (1990). Children's adjustment to parental divorce: self-image, social relations, and school performance. In J. Rolf & A.S. Masten (Eds.), Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press.

Webster-Stratton, C. & Herbert, M. (1992). Assessing families of children with conduct disorders. In Troubled Families. Problem Children. London: John Wiley and Sons.

Wechsler, D. (1974). Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised. New York: Psychological Corporation.

Werner, E.E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. Development and Psychopathology, 5, 503- 515.

White, J.L.; Moffitt, T.E. & Silva, P.A. (1989). A prospective replication of the protective effects of IQ in subjects at high risk for juvenile delinquency. Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 57, nº6, 719- 724.

Winnicott, D. (1969). De la pediatrie à la psychanalyse. Paris: PBP.

Woodward, C.; Taylor, E. & Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 39, nº2, 161- 169.

Wyman, P.A.; Cowen, E.L.; Work, W.C. & Kerley, J.H. (1993). The role of children's future expectations in self-system functioning and adjustment to life stress: A prospective study of urban at risk children. Development and Psychopathology, 5, 649-661.

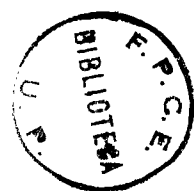
Yoshikawa, H. (1994). Prevention as cumulative protection: Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. Psychological Bulletin, vol. 115, nº1, 28- 54.

Zeanah, C.H.; Boris, N.W. & Larrien, J.A. (1997). Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, vol. 36, nº2, 165- 178.

Zeanah, C.H.; Boris, N.W. & Scheeringa, M.S. (1997). Psychopathology in infancy. Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 38, nº1, 81- 99.

ANEXOS

ANEXO I



QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTOS

DA CRIANÇA

C B C L

(T. M. Achenbach)

4 A 18 ANOS

Nome _____

Proc. Nº _____

Data de Avaliação ____/____/____

Escala Preenchida por:

Data de Nascimento ____/____/____

Mãe ____

Idade..... _____

Pai ____

Ano de Escolaridade _____

Outro: _____

Sexo Masculino ____

Profissão do Pai: _____

Feminino ____

Profissão da Mãe: _____

Segue-se uma lista de afirmações que descrevem crianças. Para cada afirmação que descreva o(a) seu/sua filho(a), AGORA ou NOS ÚLTIMOS 6 MESES.

-Marque uma cruz (X) no 2 se a afirmação é MUITO VERDADEIRA ou FREQUENTEMENTE VERDADEIRA em relação ao seu filho;

-Marque a cruz no 1 se a afirmação é ALGUMAS VEZES VERDADEIRA;

-Se a afirmação NÃO É VERDADEIRA, marque com uma cruz no 0.

Por favor responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas vezes pareçam não se aplicar ao seu filho.

SUBLINHE QUALQUER UMA QUE O/A PREOCUPE.

- 0 1 2 1. Age de maneira demasiado infantil para a sua idade
- 0 1 2 2. Tem alergia(s), descreva: _____
- 0 1 2 3. Discute muito
- 0 1 2 4. Tem asma
- 0 1 2 5. Comporta-se como se fosse do sexo oposto
- 0 1 2 6. Faz as suas necessidades fora da casa de banho
- 0 1 2 7. Mostra-se vaidoso, gabarola
- 0 1 2 8. Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento muito tempo
- 0 1 2 9. Não consegue afastar certas ideias do pensamento; obsessões ou cismas
(está sempre a pensar e a falar no mesmo)
- 0 1 2 10. Não consegue ficar sentado sossegado, é muito activo ou irrequieto
- 0 1 2 11. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente
- 0 1 2 12. Queixa-se de estar muito sozinho
- 0 1 2 13. Fica confuso, parece não saber onde está
- 0 1 2 14. Chora muito
- 0 1 2 15. É cruel com os animais
- 0 1 2 16. Manifesta crueldade, ameaça ou é mau para os outros
- 0 1 2 17. Sonha acordado ou perde-se nos seus pensamentos
- 0 1 2 18. Magoa-se deliberadamente ou já fez tentativas de suicídio
- 0 1 2 19. Exige muita atenção
- 0 1 2 20. Destroi as suas próprias coisas
- 0 1 2 21. Destroi os objectos da família ou de outras crianças
- 0 1 2 22. É desobediente em casa
- 0 1 2 23. É desobediente na escola
- 0 1 2 24. Não come bem
- 0 1 2 25. Não se dá bem com as outras crianças
- 0 1 2 26. Não parece sentir-se culpado depois de se comportar mal
- 0 1 2 27. Fica ciumento com facilidade, é invejoso
- 0 1 2 28. Come ou bebe coisas que não são próprias para comer
(descreva): _____
- 0 1 2 29. Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola
(descreva): _____
- 0 1 2 30. Tem medo de ir para a escola

- 0 1 2 31. Tem medo de pensar em coisas más
- 0 1 2 32. Acha que deve ser perfeito
- 0 1 2 33. Sente ou queixa-se que ninguém gosta dele
- 0 1 2 34. Sente que os outros o perseguem, que o querem apanhar em falta
- 0 1 2 35. Sente-se sem valor, inferior ou desprezível
- 0 1 2 36. Magoa-se muito, tem tendência para acidentes
- 0 1 2 37. Mete-se em muitas brigas
- 0 1 2 38. É frequentemente ridicularizado, fazem pouco dele
- 0 1 2 39. Anda com crianças que se metem em sarilhos
- 0 1 2 40. Ouve sons ou vozes que não existem (descreva): _____
- 0 1 2 41. É impulsivo(a), age sem pensar
- 0 1 2 42. Gosta de estar sozinho(a)
- 0 1 2 43. Mente ou faz batota
- 0 1 2 44. Rói as unhas
- 0 1 2 45. É nervoso, muito excitado ou tenso
- 0 1 2 46. Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva): _____
- 0 1 2 47. Tem pesadelos
- 0 1 2 48. As outras crianças não gostam dele
- 0 1 2 49. Tem prisão de ventre, obstipação
- 0 1 2 50. É demasiado nervoso ou ansioso
- 0 1 2 51. Sente tonturas
- 0 1 2 52. Sente-se excessivamente culpado
- 0 1 2 53. Come demais
- 0 1 2 54. Cansa-se demasiado
- 0 1 2 55. Tem peso a mais
56. Tem problemas físicos sem causa médica conhecida:
- 0 1 2 a. Dores
- 0 1 2 b. Dores de cabeça
- 0 1 2 c. Nauseas, sente enjoos
- 0 1 2 d. Problemas com a vista (descreva): _____
- 0 1 2 e. Borbulhas ou outros problemas de pele
- 0 1 2 f. Dores de estomago
- 0 1 2 g. Vômitos
- 0 1 2 h. Outros problemas (descreva): _____

- 0 1 2 57. Agrede fisicamente outras pessoas
- 0 1 2 58. Tira coisas do nariz, coça a pele ou outras partes do corpo: _____
- 0 1 2 59. Mexe ou brinca com os seus órgãos sexuais em publico
- 0 1 2 60. Mexe ou brinca demasiado com os seus órgãos sexuais
- 0 1 2 61. O seu trabalho escolar é fraco
- 0 1 2 62. É desastrado, desajeitado ou tem falta de coordenação
- 0 1 2 63. Prefere brincar com crianças mais velhas
- 0 1 2 64. Prefere brincar com crianças mais novas
- 0 1 2 65. Recusa-se a falar
- 0 1 2 66. Repete várias vezes as mesmas acções ou gestos; compulsões (descreva) :

- 0 1 2 67. Já tem fugido de casa
- 0 1 2 68. Grita muito
- 0 1 2 69. É reservado, guarda as coisas para si mesmo
- 0 1 2 70. Vê coisas que não existem, que não estão presentes
- 0 1 2 71. Mostra-se pouco à vontade ou facilmente embaraçado
- 0 1 2 72. Provoca fogos
- 0 1 2 73. Tem problemas sexuais (descreva): _____
- 0 1 2 74. Gosta de se «exibir», de fazer palhaçadas
- 0 1 2 75. É tímido ou envergonhado
- 0 1 2 76. Dorme menos que a maioria das crianças
- 0 1 2 77. Dorme mais que a maioria das criança, durante o dia e/ou durante a noite
(descreva): _____
- 0 1 2 78. Suja-se ou brinca com as fezes
- 0 1 2 79. Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação
(descreva): _____
- 0 1 2 80. Fica de olhar fixo, sem expressão
- 0 1 2 81. Rouba coisas em casa
- 0 1 2 82. Rouba coisas fora de casa
- 0 1 2 83. Guarda e arrecada coisas de que não necessita (descreva): _____
- 0 1 2 84. Tem comportamentos estranhos (descreva): _____
- 0 1 2 85. Tem ideias estranhas (descreva): _____
- 0 1 2 86. É teimoso, mal humorado ou imitável
- 0 1 2 87. Tem mudanças repentinas de disposição ou sentimentos

- 0 1 2 88. Amua muito
- 0 1 2 89. É desconfiado
- 0 1 2 90. Usa palavrões ou tem uma linguagem obscena
- 0 1 2 91. Fala em matar-se
- 0 1 2 92. Fala ou caminha durante o sono (descreva): _____
- 0 1 2 93. Fala demais
- 0 1 2 94. É muito arreliaador, faz muita troça
- 0 1 2 95. Tem crises de fúria, temperamento exaltado
- 0 1 2 96. Pensa demasiado em sexo
- 0 1 2 97. Ameaça as pessoas
- 0 1 2 98. Chucha no dedo
- 0 1 2 99. Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio
- 0 1 2 100. Tem dificuldades para dormir (descreva): _____
- 0 1 2 101. Falta à escola por motivos triviais, foge da escola
- 0 1 2 102. É pouco activo, move-se com lentidão, tem falta de energia
- 0 1 2 103. Infeliz, triste ou deprimido
- 0 1 2 104. É barulhento, fala invulgarmente alto
- 0 1 2 105. Consome álcool ou drogas (descreva): _____
- 0 1 2 106. Comete actos de vandalismo
- 0 1 2 107. Urina-se durante o dia
- 0 1 2 108. Urina na cama
- 0 1 2 109. Anda sempre a choramingar
- 0 1 2 110. Desejava ser do sexo oposto
- 0 1 2 111. Introvertido, não se mistura nem estabelece relações com os outros (isola-se)
- 0 1 2 112. É preocupado

113. Por favor indique outros problemas do seu filho, que não tenham sido referidos atrás:

0 1 2 _____

0 1 2 _____

0 1 2 _____

I. Por favor enumere os desportos favoritos do seu filho(a). Por exemplo: natação, futebol, patinagem, skate, andar de bicicleta, pesca, etc.

☐ Nenhuma

Em comparação com outras crianças da mesma idade, passa aproximadamente quanto tempo a praticar cada um?

Não sei Menos que a média Médio Mais que a média

Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue sair-se bem em cada um?

Não sei Pior que a média Médio Melhor que a média

a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Por favor enumere os passatempos, actividades e jogos favoritos do seu filho(a) que não sejam desportos. Por exemplo: selos, bonecas, livros, piano, trabalhos manuais, cantar etc. (Não inclua ouvir rádio ou ver televisão)

☐ Nenhuma

Em comparação com outras crianças da mesma idade, passa aproximadamente quanto tempo a praticar cada um?

Não sei Menos que a média Médio Mais que a média

Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue sair-se bem em cada um?

Não sei Pior que a média Médio Melhor que a média

a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III Por favor enumere quaisquer organiza-
ções, clubes, equipas ou grupos a que
o seu filho(a) pertença

Em comparação com outras crianças
da mesma idade, em que grau é
activo(a) em cada um?

☐ Nenhum

Não sei Menos
activo(a) Médio Mais
activo(a)

a. _____

☐ ☐ ☐ ☐

b. _____

☐ ☐ ☐ ☐

c. _____

☐ ☐ ☐ ☐

IV. Por favor enumere quaisquer empregos
ou tarefas do seu filho(a). Por exem-
plo: lavar a louça, tomar conta de
crianças, fazer a cama, etc. (in-
clui tanto trabalhos pagos como não
pagos)

Em comparação com outras crianças
da mesma idade, em que grau con-
segue desempenhá-los bem?

☐ Nenhum

Não sei Abaixo
da média Médio Acima
da média

a. _____

☐ ☐ ☐ ☐

b. _____

☐ ☐ ☐ ☐

c. _____

☐ ☐ ☐ ☐

V. 1. O seu filho(a) tem aproximadamente quantos(as)
amigos(as) íntimos(as)?
(não inclua irmãos e irmãs)

☐ Nenhum ☐ 1 ☐ 2 ou 3 ☐ 4 ou mais

2. O seu filho(a) tem actividades com os amigos(as) fora das horas de aula
aproximadamente quantas vezes por semana?
(não inclua irmãos e irmãs)

☐ Menos de 1 ☐ 1 ou 2 ☐ 3 ou mais

VI. Em comparação com outras crianças da sua idade,
até que ponto:

Pior Próximo(a)
da média Melhor

a. Consegue relacionar-se adequadamente com os
seus/suas irmãos e irmãs?

☐ ☐ ☐ ☐ Não tem ir-
mãos nem ir-
mãs

b. Consegue relacionar-se adequadamente com
outras crianças?

☐ ☐ ☐

c. Consegue comportar-se adequadamente em rela-
ção aos pais?

☐ ☐ ☐

d. Consegue divertir-se e trabalhar por si
próprio(a)?

☐ ☐ ☐

VII 1. Para crianças com 6 ou mais anos de idade — desempenho em disciplinas escolares:
(se a criança não vai à escola, indique as razões, por favor)

	Maus resultados	Abaixo da média	Médio	Acima da média
a. Português	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Francês e/ou Inglês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. História	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras disciplinas escolares — por exemplo: Físico-Química,				
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biologia, Geografia, Educação Visual. Não				
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inclua disciplinas de formação específica: por				
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ex. Relações Públicas, electrónica etc.				

2. O seu filho(a) frequenta algum estabelecimento ou classe de ensino especial?

☐ Não

☐ Sim — que tipo de estabelecimento ou classe?

3. O seu filho(a) repetiu algum ano?

☐ Não

☐ Sim — qual e porque?

4. O seu filho(a) teve algum problema na escola, de aprendizagem ou outro?

☐ Não

☐ Sim — Descreva-o, por favor

Quando começaram esses problemas?

Os problemas mencionados já acabaram?

☐ Não

☐ Sim — Quando?

O seu filho(a) tem alguma doença, deficiência física ou deficiência mental?

☐ Não

☐ Sim — Descreva-a, por favor

ANEXO II

Notes

[illegible]

Copyright 1991 T M Achenbach
and Psycholgy, U of Vermont
9 Prospect St. Burlington, VT 05401
UNAUTHORIZED COPYING IS ILLEGAL

2. Allergy: _____ 4. Asthma _____

Broken lines = borderline clinical range

1991 CDBCL Profile for Girls — Competence Scales

%	Age		Age		Age		T Score
	6-11	12-18	6-11	12-18	6-11	12-18	
>69	8.0	8.0	8.5	9.0	6.0	6.0	55
50	7.5	7.5	7.5	8.0	5.5	5.5	50
31	7.0	7.0	7.0	7.5	5.0	5.0	45
16	6.5	6.5	6.5	7.0	4.5	4.5	40
7	6.0	6.0	6.0	6.5	4.0	4.0	35
2	5.5	5.5	5.5	6.0	3.5	3.5	30
	5.0	5.0	5.0	5.5	3.0	3.0	25
	4.5	4.5	4.5	5.0	2.5	2.5	20
	4.0	4.0	4.0	4.5	2.0	2.0	
	3.5	3.5	3.5	4.0	1.5	1.5	
	3.0	3.0	3.0	3.5	1.0	1.0	
	2.5	2.5	2.5	3.0	0.5	0.5	
	2.0	2.0	2.0	2.5	0.0	0.0	
	1.5	1.5	1.5	2.0	0.0	0.0	
	1.0	1.0	1.0	1.5	0.0	0.0	
	0.5	0.5	0.5	1.0	0.0	0.0	
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	

ACTIVITIES

SOCIAL

SCHOOL

- I. A. # of sports
- B. Mean of participation and skill in sports
- II. B. Mean of participation and skill in activities
- IV. A. # of jobs
- B. Mean job quality
- Total

- III. A. # of organizations
- B. Mean of participation in organizations
- V. 1. # of friends
2. Frequency of contacts with friends
- VI. A. Behavior with others
- B. Behavior alone
- Total

- VII. 1. Mean performance
2. Special class
3. Repeated grade
4. School problems
- Total

Broken lines = borderline clinical range

Not scored on competence scales

II. A. Number of nonsports activities

Total Competence Score			
Age 6-11	T	Age 12-18	T
28.0	80	28.0	80
27.5	79	27.5	77
27.0	78	27.0	75
26.5	77	26.5	73
26.0	75	26.0	71
25.5	73	25.5	70
25.0	70	25.0	68
24.5	69	24.5	67
24.0	68	24.0	65
23.5	65	23.5	63
23.0	62	23.0	62
22.5	61	22.5	60
22.0	59	22.0	58
21.5	57	21.5	56
21.0	56	21.0	55
20.5	54	20.5	53
20.0	53	20.0	52
19.5	51	19.5	50
19.0	50	19.0	49
18.5	48	18.5	48
18.0	47	18.0	47
17.5	46	17.5	46
17.0	45	17.0	45
16.5	43	16.5	43
16.0	42	16.0	41
15.5	41	15.5	40
15.0	40	15.0	39
14.5	39	14.5	38
14.0	38	14.0	37
13.5	37	13.5	36
13.0	36	13.0	35
12.5	35	12.5	34
12.0	34	12.0	33
11.5	33	11.5	32
11.0	32	11.0	31
10.5	31	10.5	30
10.0	30	10.0	29
9.5	29	9.5	28
9.0	28	9.0	27
8.5	27	8.5	26
8.0	26	8.0	25
7.5	25	7.5	24
7.0	24	7.0	23
6.5	23	6.5	22
6.0	22	6.0	21
5.5	21	5.0-5.5	20
5.0	20	4.5	19
4.5	19	4.0	18
4.0	18	3.5	17
3.5	17	3.0	16
3.0	16	2.5	15
2.5	15	2.0	14
2.0	14	1.5	13
1.5	13	1.0	12
1.0	12	0.5	11
0.5	11	0.0	10
0.0	10		

ANEXO III

COMO É QUE EU SOU

Adaptação do Self-Perception Profile for Children de Susan Harter

NOME: _____ ANO _____ TURMA _____ Nº _____

IDADE: _____ DATA DE NASC.: ____/____/____ DATA DE APLIC.: ____/____/____

SOU
TAL E
QUAL
ASSIM

SOU
UM
BOCA-
DINHO
ASSIM

SOU
UM
BOCA-
DINHO
ASSIM

SOU
TAL E
QUAL
ASSIM

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças gostam de brincar na rua nos seus tempos livres	MAS	Outras gostam mais de ficar em casa a ver televisão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--	-----	--	--------------------------	--------------------------

1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham que são muito <u>boas</u> nos seus trabalhos da escola.	MAS	Outras <u>preocupam-se</u> porque muitas vezes não sabem fazer os trabalhos da escola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças acham <u>difícil</u> fazer amigos.	MAS	Outras acham muito <u>fácil</u> fazer amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças são <u>muito boas</u> em todas as espécies de desportos.	MAS	Outras acham que <u>não</u> são muito boas quando fazem desporto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças <u>gostam</u> do aspecto que têm.	MAS	Outras <u>não</u> gostam do aspecto que têm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças <u>não</u> gostam do modo como se portam.	MAS	Outras <u>gostam</u> do modo como se portam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Algumas crianças <u>não</u> estão muitas vezes satisfeitas consigo próprias.	MAS	Outras estão bastante <u>satisfeitas</u> consigo próprias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SOU TAL E QUAL ASSIM	SOU UM BOCA- DINHO ASSIM				SOU UM BOCA- DINHO ASSIM	SOU TAL E QUAL ASSIM
7	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	Algumas crianças acham que são tão <u>inteligentes</u> como outras crianças da sua idade.	MAS	Outras <u>não</u> têm a certeza e duvidam que sejam tão inteligentes.	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>
8	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	Algumas crianças têm <u>muitos</u> amigos.	MAS	Outras <u>não</u> têm muitos amigos.	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>
9	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Algumas crianças gostavam de ser muito <u>melhores</u> no desporto.	MAS	Outras acham que são <u>boas</u> no desporto	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
10	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	Algumas crianças estão <u>satisfeitas</u> com a altura e peso que têm.	MAS	Outras gostariam que a sua altura ou peso fossem <u>diferentes</u> .	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>
11	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	Algumas crianças costumam fazer aquilo que <u>devem</u> .	MAS	Outras <u>não</u> costumam fazer o que devem.	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>
12	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Algumas crianças <u>não</u> gostam da vida que têm.	MAS	Outras <u>gostam</u> da vida que têm.	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
13	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Algumas crianças <u>demoram</u> muito tempo a fazer os trabalhos da escola.	MAS	Outras conseguem fazer os trabalhos da escola <u>depressa</u> .	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
14	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Algumas crianças <u>gostavam</u> de ter muitos amigos.	MAS	Outras têm todos os amigos que querem.	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
15	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	Algumas crianças acham que podiam ser <u>boas</u> em qualquer desporto que nunca experimentaram.	MAS	Outras receiam <u>não</u> ser boas em desportos que nunca experimentaram.	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>
16	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Algumas crianças gostavam que o seu corpo fosse <u>diferente</u> .	MAS	Outras <u>gostam</u> do seu corpo tal como é.	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

	SOU TAL E QUAL ASSIM	SOU UM BOCA- DINHO ASSIM				SOU UM BOCA- DINHO ASSIM	SOU TAL E QUAL ASSIM
17	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	Algumas crianças costumam portar-se como sabem que <u>devem portar-se</u> .	MAS	Outras <u>não</u> costumam portar-se como sabem que devem portar-se.	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>
18	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	Algumas crianças estão <u>contentes</u> consigo próprias.	MAS	Outras <u>não</u> estão, normalmente contentes consigo próprias	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>
19	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Algumas crianças <u>esquecem</u> muitas vezes o que aprendem.	MAS	Outras conseguem <u>lembrar-se</u> das coisas com facilidade.	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
20	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	Algumas crianças conseguem que as suas ideias sejam <u>sempre</u> aceites pelas outras crianças.	MAS	Outras <u>não</u> conseguem que as suas ideias sejam aceites.	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>
21	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	Algumas crianças acham que são <u>melhores</u> do que as outras da mesma idade a fazer desporto.	MAS	Outras acham que <u>não</u> são capazes fazer desporto tão bem.	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>
22	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Algumas crianças gostavam que o seu aspecto físico (a sua aparência) fosse <u>diferente</u> .	MAS	Outras <u>gostam</u> do seu aspecto físico tal como é.	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
23	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Algumas crianças arranjam muitas vezes <u>complicações</u> , por causa das coisas que fazem.	MAS	Outras <u>não</u> costumam fazer coisas que as metam em complicações.	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
24	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	Algumas crianças <u>gostam</u> do tipo de pessoa que são.	MAS	Outras preferiam ser <u>outra</u> pessoa.	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>
25	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	Algumas crianças são muito <u>boas</u> nos estudos.	MAS	Outras <u>não</u> são muito boas nos estudos.	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>
26	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Algumas crianças gostavam que <u>mais</u> crianças da sua idade gostassem delas.	MAS	Outras acham que a maior parte dos crianças da sua idade <u>gostam</u> delas.	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

	SOU TAL E QUAL ASSIM	SOU UM BOCA- DINHO ASSIM				SOU UM BOCA- DINHO ASSIM	SOU TAL E QUAL ASSIM
27	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Em jogos e desportos algumas crianças costumam <u>assistir</u> em vez de jogar.	MAS	Outras <u>jogam</u> a maior parte das vezes em vez de ficarem só a ver.	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
28	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Algumas crianças gostavam que a sua cara ou os seus cabelos fossem <u>diferentes</u> .	MAS	Outras <u>gostam</u> da cara e do cabelo que têm.	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
29	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Algumas crianças fazem coisas que sabem que <u>não deviam</u> fazer.	MAS	Outras <u>quase nunca</u> fazem coisas que não devem fazer.	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
30	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	Algumas crianças estão muito <u>satisfeitos</u> por serem aquilo que são.		Outras gostavam de ser <u>diferentes</u> .	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>
31	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Algumas crianças têm <u>dificuldade</u> na escola para descobrirem as respostas certas.	MAS	Outras quase sempre conseguem <u>responder certo</u> .	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
32	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	Algumas crianças têm <u>todos</u> os amigos que gostavam de ter.	MAS	Outras gostavam de ter <u>mais</u> amigos porque sentem que têm poucos.	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>
33	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Algumas crianças têm <u>dificuldade</u> em novas actividades desportivas.	MAS	Outras são <u>boas</u> desde o princípio em novas actividades desportivas.	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
34	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	Algumas crianças acham que são <u>bonitas</u> .	MAS	Outras acham que <u>não</u> são bonitas.	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>
35	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	Algumas crianças portam-se muito <u>bem</u> .	MAS	Outras acham <u>difícil</u> portar-se bem.	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>
36	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Algumas crianças <u>não</u> gostam muito da maneira como fazem as coisas.	- MAS	Outras acham <u>boa</u> a maneira como fazem as coisas.	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

QUAL É PARA TI A IMPORTÂNCIA DESTAS COISAS ?

NOME: _____ ANO: _____ TURMA: _____ Nº: _____

	SOU TAL E QUAL ASSIM	SOU UM BOCA- DINHO ASSIM				SOU UM BOCA- DINHO ASSIM	SOU TAL E QUAL ASSIM
1	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	Algumas crianças acham que é <u>importante</u> ser bom aluno para se sentirem bem.	MAS	Outras <u>não</u> acham que seja assim tão importante o modo como vão nos estudos.	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>
2	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Algumas crianças <u>não</u> acham que seja importante ter muitos amigos.	MAS	Outras acham que ter muitos amigos é <u>importante</u> para se sentirem bem.	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
3	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	Algumas crianças acham que é <u>importante</u> ser bom em desportos.	MAS	Outras <u>não</u> acham que a habilidade para desportos seja importante para se sentirem bem.	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>
4	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	Algumas crianças acham que é <u>importante</u> ser bonito para se sentirem bem.	MAS	Outras acham que <u>não</u> é muito importante ser bonito.	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>
5	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	Algumas crianças acham que é <u>importante</u> portar-se bem.	MAS	Outras acham que o modo como se portam <u>não</u> é muito importante.	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>
6	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Algumas crianças acham que ter boas notas <u>não</u> é muito importante para se sentirem bem.	MAS	Outras acham que ter boas notas é <u>importante</u> .	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

	SOU TAL E QUAL ASSIM	SOU UM BOCA- DINHO ASSIM				SOU UM BOCA- DINHO ASSIM	SOU TAL E QUAL ASSIM
7	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	Algumas crianças acham <u>importante</u> brincar com outras crianças.	MAS	Outras <u>não</u> acham importante brincar com muitas crianças.	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>
8	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Algumas crianças acham que ter jeito para desportos <u>não</u> é importante para se sentirem bem.	MAS	Outras acham que ser bom atleta é <u>importante</u> .	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
9	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Algumas crianças acham que o seu aspecto físico <u>não</u> é importante para se sentirem bem.	MAS	Outras acham que o seu aspecto físico é <u>importante</u> .	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
10	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	Algumas crianças acham que o modo como se portam <u>não</u> é muito importante.	MAS	Outras acham que é <u>importante</u> portar-se como deve ser.	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

Escala de Auto-Conceito e de Auto-Estima para Crianças e Pré-Adolescentes de
 Susan Harter

Nome: _____
 Idade: _____ Ano de Escolaridade _____ Data de Aplicação: _____

Perfil de Auto-Percepção

CE		AS		CA		AF		C	
Item		Item		Item		Item		Item	
1		2		3		4		5	
7		8		9		10		11	
13		14		15		16		17	
19		20		21		22		23	
25		26		27		28		29	
31		32		33		34		35	
Média		Média		Média		Média		Média	

Escala de Importância

AE		ICE				IAF			
Item		Item 1	Item 6	Média		Item 4	Item 9	Média	
6									
12									
18									
24									
30									
36									
Média									

IAS				IC			
Item 2	Item 7	Média		Item 5	Item 10	Média	

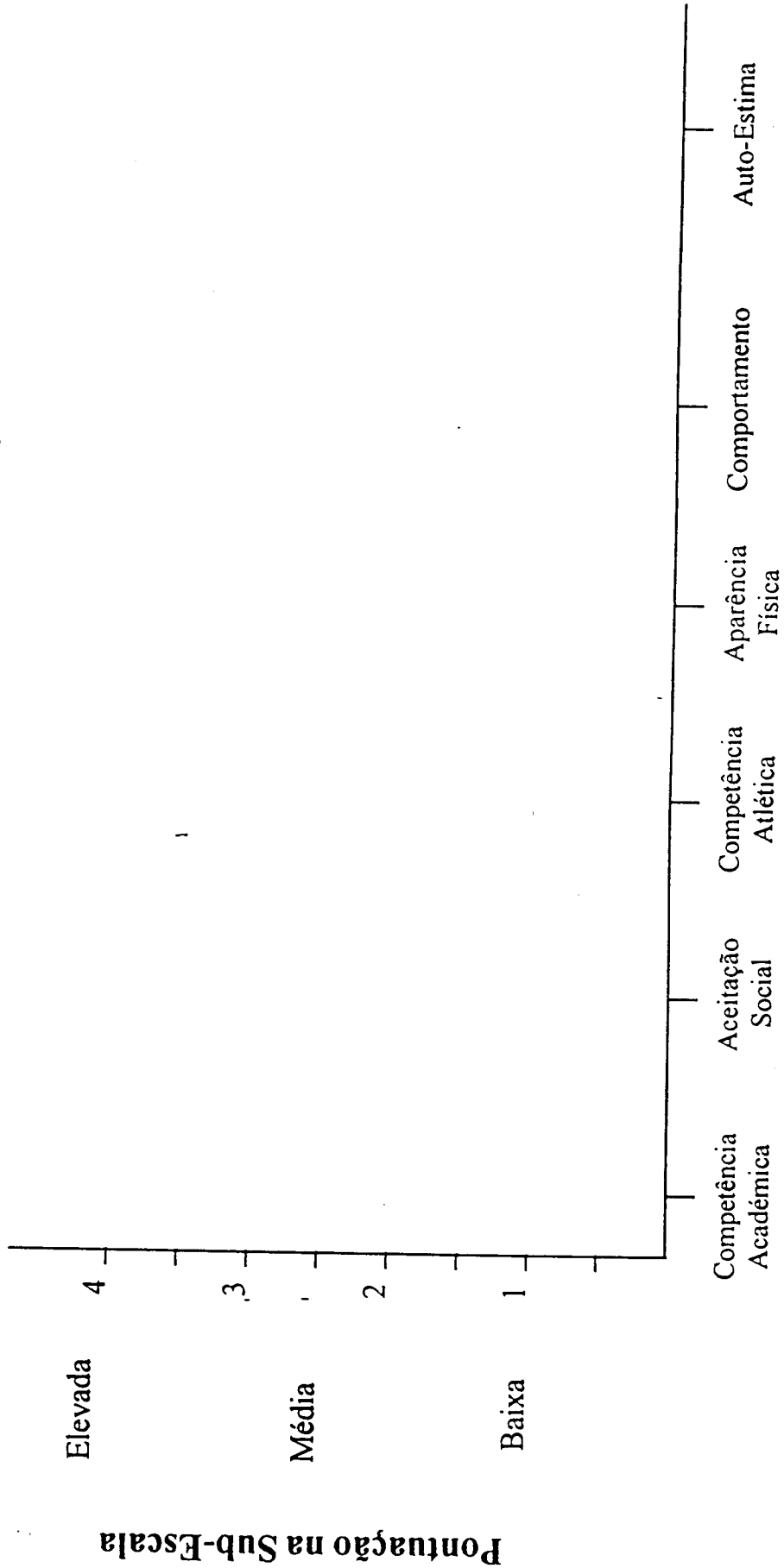
ICA			
Item 3	Item 8	Média	

Discrepância _____

PERFIL DE AUTO-PERCEPÇÃO PARA CRIANÇAS E PRÉ-ADOLESCENTES

Nome: _____ Ano: _____ Idade: _____

Competência Percebida : _____ Importância Atribuída: - - - - -



ANEXO IV

INSTRUÇÕES

Leia com atenção as questões seguintes. Decida, para cada uma delas, com que frequência o comportamento descrito ocorre na sua família.

Numa escala que vai de 1 (Quase nunca) a 5 (Quase sempre), assinale com uma cruz ou círculo qual dos pontos 1, 2, 3, 4, 5 corresponde a cada uma das questões.

		Quase nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1.	Em casa ajudamo-nos, uns aos outros, quando temos dificuldades	1	2	3	4	5
2.	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião	1	2	3	4	5
3.	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família	1	2	3	4	5
4.	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares	1	2	3	4	5
5.	Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala	1	2	3	4	5
6.	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição das regras de disciplina	1	2	3	4	5
7.	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto	1	2	3	4	5
8.	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas	1	2	3	4	5
9.	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho	1	2	3	4	5
10.	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos elementos da família	1	2	3	4	5
11.	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família	1	2	3	4	5
12.	É difícil saber quais as normas que regulam a nossa família	1	2	3	4	5
13.	Quando é necessário tomar uma decisão temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros	1	2	3	4	5
14.	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece	1	2	3	4	5
15.	Temos dificuldade em fazer coisas em conjunto como família	1	2	3	4	5
16.	Quando é preciso resolver problemas as sugestões dos filhos são tidas em conta	1	2	3	4	5
17.	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros	1	2	3	4	5
18.	Na nossa família somos justos quanto à disciplina	1	2	3	4	5

VIRE E PREENCHA POR FAVOR

		Quase nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
19.	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da família, do que a elementos da família	1	2	3	4	5
20.	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas	1	2	3	4	5
21.	Cada um de nós aceita aquilo que a família decide fazer	1	2	3	4	5
22.	Na nossa família todos partilham responsabilidades	1	2	3	4	5
23.	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros	1	2	3	4	5
24.	É difícil mudar as normas que regulam a nossa família	1	2	3	4	5
25.	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	1	2	3	4	5
26.	Quando os problemas surgem todos fazemos cedências	1	2	3	4	5
27.	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós	1	2	3	4	5
28.	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos	1	2	3	4	5
29.	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da nossa família do que com a família toda	1	2	3	4	5
30.	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO V

Questionário de Acontecimentos de Vida

Para responder às questões abaixo indicadas marque "X" na coluna "SIM", caso tenha o acontecimento ocorrido nos 2 últimos anos, ou "NÃO", caso o acontecimento nunca tenha ocorrido, nos 2 últimos anos.

Se responder "SIM", indique o impacto que este acontecimento teve na sua vida, marcando um "X" num dos quadrados numerados de 1 a 5, sendo 1 um acontecimento com pouco ou nenhum impacto e 5 um acontecimento c/ muito ou muitíssimo impacto.

Os acontecimentos de vida indicados podem ter ocorrido a si ou a alguém da sua família.

Certifique por favor se respondeu a todas as questões.

1.

a) Teve alguma doença ou acidente que o tenha levado, a si ou a alguém da sua família, a ficar de cama por uma semana ou mais, ou a ficar hospitalizado?.....

☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

b) A situação foi menos grave do que a anteriormente descrita ?.....

☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

2 - Teve uma mudança para um novo tipo de trabalho?.....

☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

3 - Teve alguma mudança no horário ou condições de trabalho ?.....

☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4.- Teve problemas no trabalho :

a) com o seu patrão / chefe ?.....

☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

b) com os seus colegas de trabalho?.....

☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

c) com as pessoas que estão sob a sua supervisão?.....

☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

d) outros problemas de trabalho ?.....

☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

5. - Reformou-se ?.....

☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

6. - Foi:

a) despedido do trabalho?.....

☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

b) suspenso do trabalho?.....

☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

7. - Mudou de residência:

a) dentro da mesma cidade ou lugar ?.....

☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

b) para uma nova cidade ou lugar?.....

☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

8. - Houve alterações nas reuniões de família?.....

☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

VIRE POR FAVOR

9. - Houve uma grande mudança na saúde ou comportamento de algum membro da sua família (doenças, acidentes, drogas, problemas disciplinares, etc.)?.....

SIM	NÃO	1	2	3	4	5
-----	-----	---	---	---	---	---

10. - Houve uma grande mudança nas suas condições de vida (melhoramento ou declínio do seu lar ou vizinhança)?.....

SIM	NÃO	1	2	3	4	5
-----	-----	---	---	---	---	---

11. - Ocorreu a morte do cônjuge (marido/esposa)?....

SIM	NÃO	1	2	3	4	5
-----	-----	---	---	---	---	---

12. - Ocorreu a morte de:

a) filho ou filha?.....

SIM	NÃO	1	2	3	4	5
-----	-----	---	---	---	---	---

b) irmão ou irmã?.....

SIM	NÃO	1	2	3	4	5
-----	-----	---	---	---	---	---

c) pai ou mãe?.....

SIM	NÃO	1	2	3	4	5
-----	-----	---	---	---	---	---

d) outro membro chegado da sua família?.....

SIM	NÃO	1	2	3	4	5
-----	-----	---	---	---	---	---

13. - Ocorreu a morte de um amigo chegado?.....

SIM	NÃO	1	2	3	4	5
-----	-----	---	---	---	---	---

14. - Casou?.....

SIM	NÃO	1	2	3	4	5
-----	-----	---	---	---	---	---

15. - Teve alguma alteração no modo como discutia os problemas com o seu cônjuge?.....

SIM	NÃO	1	2	3	4	5
-----	-----	---	---	---	---	---

16. - Teve problemas com a justiça?.....

SIM	NÃO	1	2	3	4	5
-----	-----	---	---	---	---	---

17. - Ocorreu a separação do cônjuge:

a) devido ao trabalho?.....

SIM	NÃO	1	2	3	4	5
-----	-----	---	---	---	---	---

b) devido a problemas matrimoniais?.....

SIM	NÃO	1	2	3	4	5
-----	-----	---	---	---	---	---

18. - Teve uma reconciliação com o cônjuge?.....

SIM	NÃO	1	2	3	4	5
-----	-----	---	---	---	---	---

19. - Ocorreu um divórcio?.....

SIM	NÃO	1	2	3	4	5
-----	-----	---	---	---	---	---

20. - Aumentou a sua família:

a) pelo nascimento de uma criança?.....

SIM	NÃO	1	2	3	4	5
-----	-----	---	---	---	---	---

b) pela adoção de uma criança?.....

SIM	NÃO	1	2	3	4	5
-----	-----	---	---	---	---	---

c) pela entrada de um parente no meio familiar?....

SIM	NÃO	1	2	3	4	5
-----	-----	---	---	---	---	---

21. - A mulher (esposa) começou ou deixou de trabalhar fora de casa?.....

SIM	NÃO	1	2	3	4	5
-----	-----	---	---	---	---	---

22. - A mulher (esposa) ficou grávida?.....

SIM	NÃO	1	2	3	4	5
-----	-----	---	---	---	---	---

VIRE POR FAVOR

23. - Um dos seus filhos saiu de casa:
 a) por ter casado?..... ☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
 b) para ir estudar?..... ☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
 c) por outras razões?..... ☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
24. - A mulher (esposa) teve algum aborto?..... ☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
25. - Nasceu algum neto?..... ☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
26. - Houve uma mudança nos seus hábitos pessoais ou nos da sua família (vestuário, amigos, estilo de vida, etc.)?..... ☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
27. - Houve uma mudança nas suas actividades ou nas da sua família (associações, filmes, revistas)?..... ☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
28. - Teve problemas com a justiça que o levaram, a si ou alguém da sua família, a ficar preso?..... ☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
29. - Teve alguma perda ou dano nos bens pessoais ou nos da sua família?..... ☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
30. - Teve algum acidente?..... ☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
31. - Teve de tomar alguma decisão importante em relação ao seu futuro imediato ou ao de alguém da sua família?..... ☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
32. - Fez alguma despesa moderada pela compra de uma televisão, frigorífico, etc.?..... ☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
33. - Fez alguma grande compra ou empréstimo sob hipoteca para uma casa, negócio, carro, outros bens, etc.?..... ☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
34. - Houve falha no pagamento de prestações relativas a empréstimos ou hipotecas?..... ☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
35. - Houve uma grande mudança nas finanças:
 a) pelo aumento do rendimento familiar?..... ☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
 b) pela diminuição do rendimento familiar?..... ☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
 c) por dificuldades de obter empréstimo?..... ☐ SIM ☐ NÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

CERTIFIQUE POR FAVOR SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO VI

QUESTIONÁRIO AOS PROFESSORES

1) Há quanto tempo conhece este aluno?

1	Menos de um ano lectivo
2	Um ano lectivo
3	Dois anos lectivos
4	Três anos lectivos ou mais

2) De uma maneira geral, como considera o rendimento escolar do aluno?

5	Muito bom
4	Bom
3	Razoável
2	Fraco
1	Muito fraco

3) O aluno frequenta aulas de apoio, aulas de compensação ou ensino especial?

1	Sim
0	Não

4) O aluno mostra-se interessado pela realização das actividades escolares em geral?

5	Sempre
4	Muitas vezes
3	Algumas vezes
2	Quase nunca
1	Nunca

5) Como considera o comportamento do aluno dentro da sala de aula?

5	Muito adequado
4	Adequado
3	Razoável
2	Pouco adequado
1	Muito pouco adequado

6) O aluno desobedece ou reage mal às regras dentro da sala de aula?

1	Sempre
2	Muitas vezes
3	Algumas vezes
4	Quase nunca
5	Nunca

7) Como considera o comportamento do aluno face ao professor?

5	Muito adequado
4	Adequado
3	Razoável
2	Pouco adequado
1	Muito pouco adequado

8) O aluno é conflituoso com os colegas, agredindo-os física ou verbalmente (dentro ou fora da sala de aula)?

1	Sempre
2	Muitas vezes
3	Algumas vezes
4	Quase nunca
5	Nunca

9) Na sua opinião, o comportamento e atitudes do aluno são aceites pelos colegas?

5	Sempre
4	Muitas vezes
3	Algumas vezes
2	Quase nunca
1	Nunca

10) O aluno, fora da sala de aula, isola-se dos colegas?

1	Sempre
2	Muitas vezes
3	Algumas vezes
4	Quase nunca
5	Nunca

11) O aluno apresenta sinais evidentes de tristeza, dentro ou fora da sala de aula?

1	Sempre
2	Muitas vezes
3	Algumas vezes
4	Quase nunca
5	Nunca

Nome do aluno:

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO